



**KADINLARIN SAĞLIK ALGISI İLE SERVİKS KANSERİNİ
ERKEN TANILAMAYA YÖNELİK TUTUMLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

Zelal KAYA

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Halk Sağlığı Hemşireliği Programı**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Rukuye AYLAZ**

Yüksek Lisans Tezi-2022

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KADINLARIN SAĞLIK ALGISI İLE SERVİKS KANSERİNİ ERKEN
TANILAMAYA YÖNELİK TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
BELİRLENMESİ**

Zelal KAYA

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Halk Sağlığı Hemşireliği Programı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Rukuye AYLAZ**

**MALATYA
2022**

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Serviks Anatomisi.....	3
2.2. Serviks Kanserin Epidemiyolojisi	3
2.3. Serviks Kanserin Etiyolojisi	4
2.4. Serviks Kanserin Risk Faktörleri.....	4
2.5. Serviks Kanserin Belirtileri	5
2.6. Serviks Kansere Korunma	6
2.6.1. Primer Koruma	6
2.6.2. Sekonder Koruma	7
2.6.3. Tersiyer Koruma	8
2.7. Serviks Kansere Tarama Prosedürü ve Programları	8
2.8. Ulusal Serviks Kanseri Tarama Programı ve Standartları	9
2.9. Kadınların Pap Smear Taramasına Katılımının Önündeki Engeller.....	10
2.10. Serviks Kansere Önlenmesinde ve Erken Tanısında Hemşirenin Rolü	11
2.11. Sağlık Algısı	12
2.12. Sağlık Algısı ile Serviks Kanseri Arasındaki İlişki	13
2.13. Sağlık Algısı ile Serviks Kansere Erken Tanılamada Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü.....	13
3. MATERYAL METOT	15
3.1. Araştırmanın Türü.....	15
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	15
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	15
3.4. Veri Toplama Araçları	15
3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu	16
3.4.2. Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)	16
3.4.3. Servikal Kansere Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği (SKETTÖ).....	17

3.5. Verilerin Toplanması	17
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	17
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	18
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	18
3.9. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği	18
4. BULGULAR	19
5. TARTIŞMA	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	71
KAYNAKLAR	73
EKLER	85
EK-1. Özgeçmiş	85
EK-2. Katılımcı Onam Formu	86
EK-3. Tanıtıcı Özellikler Formu	87
EK-4. Sağlık Algısı Ölçeği	89
EK-5. Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği	90
EK-6. Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni	92
EK-7. Sağlık Algısı Ölçeği Kullanım İzni	93
EK-8. Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Kullanım İzni	94
EK-9. İl Sağlık Müdürlüğü Çalışma İzni	95

TEŐEKKÖR

Yüksek lisans eğitimimde büyük katkısı olan, engin bilgisiyle bana ışık tutan, kıymetli tecrübelerinden faydalandığım danışmanım Sayın Prof. Dr. Rukuye AYLAZ hocama, bölüm hocalarımda Prof. Dr. Behice ERCİ'ye, Doç. Dr. Ümmühan AKTÖRK'e ve bu süreçte desteklerini esirgemeyerek her koşulda yanımda olan aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Zelal KAYA



ÖZET

Kadınların Sağlık Algısı ile Serviks Kanserini Erken Tanılamaya Yönelik Tutumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Amaç: Bu araştırma; Kadınların Sağlık Algısı ile Serviks Kanserini Erken Tanılamaya Yönelik Tutumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Bingöl il merkezindeki Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezine bir yılda başvuran 5400 kadın oluşturmaktadır. Örneklemi ise güç analizi ile %95 güven aralığında 0.05 yanılgi düzeyinde 0.95 evreni temsil gücüyle 358 kadın oluşturmuştur. Araştırmacının gayretiyle 400 kadına ulaşılmıştır. Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Özellikler Formu, Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) ve Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği (SKETTÖ) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde bağımsız gruplarda t testi, Mann-Whitney U testi, varyans analizi, Kruskal Wallis testi, pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: SKETTÖ algılanan duyarlılık ve algılanan yarar alt boyutları ile SAÖ ve tüm alt boyutlarının toplam puan ortalaması arasında pozitif, SKETTÖ algılanan engel alt boyutu ile SAÖ ve kontrol merkezi ve kesinlik alt boyutları toplam puanı arasında negatif, SKETTÖ algılanan ciddiyet alt boyutu ile SAÖ sağlığın önemi ve öz farkındalık alt boyutu arasında pozitif, kesinlik alt boyutu toplam puanı arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç: Engel algısı ile SAÖ arasındaki negatif ilişki serviks kanseri erken tanı davranışlarının gerçekleştirilmesini olumsuz yönde etkileyebilirken, duyarlılık ve yarar algısı ile SAÖ arasındaki pozitif ilişki bu davranışların gerçekleştirilmesini olumlu yönde etkileyebilir.

Anahtar Kelimeler: Kadın, Sağlık Algısı, Serviks Kanseri

ABSTRACT

Determining the Relationship Between Women's Perception of Health and Their Attitudes Towards Early Diagnosis of Cervical Cancer

Aim: This research was conducted to determine the relationship between women's perception of health and their attitudes towards early diagnosis of cervical cancer.

Material and Method: The study was descriptive in nature. The study's participants were 5400 women who apply to the Cancer Early Diagnosis, Screening, and Training Center in Bingöl's city center in one year. The sample consisted of 358 women, representing a universe of 0.95 at a level of 0.05 confusion with a 95 percent confidence interval, according to the power analysis. With the efforts of the researcher 400 women were reached. For data collection, Descriptive Features Form, Perception of Health Scale and Scale of Attitudes towards Early Diagnosis of Cervical Cancer were used. The data was analyzed using the independent groups t-test, Mann-Whitney U test, analysis of variance, Kruskal Wallis test, and Pearson correlation analysis.

Results: The overall mean score of perception of health scale and all sub-dimensions had a positive relation with the perceived sensitivity and perceived usefulness. However, the perceived disability had a negative relation with the total score of the perception of health scale, control center, and precision. Perceived seriousness and the significance of health and self-awareness had a positive and statistically significant link, whereas the accuracy total score had a negative and statistically significant relationship ($p < 0.05$).

Conclusion: While the negative relationship between disability and perception of health scale may have a negative impact on the performance of cervical cancer early diagnosis behaviors, the positive relationship between sensitivity and benefit and perception of health scale may have a positive impact on the realization of these behaviors.

Key Words: Woman, Health Perception, Cervical Cancer

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
CIN	: Cervical Intraepithelial Neoplasia
DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HPV	: Human Papilloma Virus
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
SAÖ	: Sağlık Algısı Ölçeği
SKETTÖ	: Servikal Kanser Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	19
Tablo 4.2. Kadınların Menstruasyon ve Doğurganlık Özelliklerinin Dağılımı	21
Tablo 4.3. Kadınların Kansere İlişkin Sağlık Özelliklerinin Dağılımı	23
Tablo 4.4. Kadınların SAÖ ve SKETTÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı	25
Tablo 4.5. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri ile SAÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	26
Tablo 4.6. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri ile SKETTÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	30
Tablo 4.7. Kadınlara İlişkin Menstruasyon ve Doğurganlık Özellikleri ile SAÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının	34
Tablo 4.8. Kadınlara İlişkin Menstruasyon ve Doğurganlık Özellikleri ile SKETTÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının.....	37
Tablo 4.9. Kadınların Kansere İlişkin Sağlık Özellikleri ile SAÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	40
Tablo 4.10. Kadınların Kansere İlişkin Sağlık Özellikleri ile SKETTÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.11. SAÖ Alt Boyutları ile SKETTÖ Alt Boyutları ve Toplam Puanları Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	51

1. GİRİŞ

Kanser, vücudun herhangi bir bölümünü etkileyebilen, anormal hücrelerin hızlı bir şekilde çoğaldığı ve neoplazmaların olduğu, bazen de metastazlara neden olan, tüm toplumlarda ve tüm sosyo-ekonomik düzeylerde görülebilen bir hastalıktır (1).

Kanser, dünya çapında önde gelen bir ölüm nedenidir ve 2020’de yaklaşık 10 milyon insanın ölümüne neden olmuştur (1). Günümüzde serviks kanseri, kadınlarda en sık görülen kanser türleri arasında dünya çapında dördüncü sırada yer almaktadır, 2018 yılında yaklaşık 570000 kadın serviks kanseri tanısı almıştır ve tanı alanların yaklaşık 311000’i bu nedenle hayatını kaybetmiştir (2).

Türkiye’de ise; serviks kanseri kadınlarda görülen ilk 10 kanser arasında dokuzuncu sıradadır. Ayrıca serviks kanseri, Türkiye’deki 25-49 yaş gruplarında kadınlarda en fazla bulunan kanserler arasında, dünya çapındaki sıralamasıyla aynı olarak dördüncü sırada yer almaktadır (3). Ülkemizde 2019 yılı içerisinde kanser nedeniyle 28504 kadın hayatını kaybetmiştir ve vefat edenlerin 512’sinin tanısı serviks kanseridir (4).

Serviks kanserine sebep olan ajanlar ve kanserleşme süreci tümüyle aydınlatılmış olmakla birlikte, gerekli tedbirler alındığında serviks kanseri önlenabilir bir kanser türüdür ve erken tanı hastalığın tedavisinde kilit role sahiptir (5). Bu hastalığa özel, ulusal bir tarama programımızın mevcut oluşu, hastalığın erken dönemde teşhisine ve tedavinin gecikmeden başlamasına imkân sağlamaktadır. Hastalığın erken teşhisi, mortaliteyi azaltması açısından serviks kanseri taramasının önemini gözler önüne sermektedir (6).

Serviks kanserinin önlenilen bir hastalık olması, tarama sonucu erken teşhisi ile tamamen tedavi edilebilmesi, patogenezinin tümüyle aydınlatılmış olması, karsinogenez sürecinin 10-20 yıl kadar uzun sürmesi, düzenli tarama yaptıran bir kadının serviks kanserinden ölmeyeceğinin söylenebilmesi sebebiyle servikal kanser taraması oldukça önemlidir. Ayrıca bir ülkedeki servikal kanser mortalitesinin azalması, o ülkenin sağlık politikaları doğrultusunda sunduğu hizmetler açısından gelişmişlik göstergesidir (7).

Türkiye, yaklaşık 30 yıl önce Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) uyarılarınca 1992 yılından bu yana servikal smear ile tarama yapmaktadır (7). Şubat 2009 tarihi itibarıyla Türkiye’nin 81 şehrinde de Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) bulunmaktadır (8). Günümüzde ulusal boyutta toplum tabanlı serviks kanser taramaları Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) bünyesindeki

KETEM'ler aracılığıyla yürütülmektedir. Hedef popülasyonu 30-65 yaş arasındaki kadınlar olup, ülkenin altyapısı ve sahip olduğu imkânlar dikkate alındığında, uygun olan yöntemin beş yılda bir tekrarlanması kaydıyla, Human Papilloma Virus (HPV) testi ve Pap-smear testi ile tarama yapılmasıdır (9). Ülkemizde 20 yılı aşkındır yapılan bu tarama, halkın bu kapsamda gerekli olan testi yaptırmaya olan ilgisinin az olması gibi birçok nedene bağlı olarak istenilen %70 kapsayıcılığa ulaşamayıp ancak hedef kadın nüfusun %20'si taranabilmiştir (7).

Sağlık algısı; çok faktörlü bir parametre olmakla birlikte sağlığın önemli bir göstergesidir (10-12). Bireyin iyilik halini artırmak için sağlığına daha fazla önem vermesi, buna yönelik sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanması ve sağlık sorumluluklarını alması gereklidir (13,14). Sağlık algısı ile sağlığın korunması ve geliştirilmesi arasında kuvvetli bir ilişki bulunmaktadır (15,16). Sağlık algısı bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmasında önemli bir yere sahiptir (17). Pozitif sağlık algısı, bireylerin öz bakım sorumluluklarını almasına neden olmakta, kişiye sağlığı geliştirici yaşam davranışlarının kazandırılmasında ve bu davranışları hayata geçirmesinde destek olmaktadır (18-20). Kadınların bazı sağlık davranışlarının mevcut olan bireysel sağlık algılarından etkilendiği bulunmuştur (21). Yapılan çalışmalarda, sağlık algısı ile kanser taramalarına yönelik tutum arasında pozitif yönlü ve önemli ilişki olduğu saptanmıştır (22,23). Bu anlamda koruyucu sağlık hizmetlerinin sürdürülmesinin tamamında rol üstlenen hemşirelere, serviks kanserine sebep olabilecek veya riski artırabilecek faktörlerin belirlenmesi, bu faktörlere ilişkin bilgilendirme ve danışmanlık yapılması, aynı zamanda topluma pozitif sağlık davranışlarının kazandırılması ve geliştirilmesinde de önemi göz ardı edilemeyecek görevler düşmektedir (24).

Türkiye'deki 15 yaş üstü kadınların %72.6'sının serviks kanseri için hiç tarama yaptırmamış olması, hedeflenen tarama düzeyine ulaşılmadığını göstermektedir (25). Aynı zamanda Türkiye'de yapılan çalışmalar, serviks kanser taramasının istenilen düzeyde olmadığını ve kadınların erken tanıya yönelik tutum ve davranışlarının araştırılması gerektiğini vurgulamaktadırlar (26,27). Bununla birlikte literatürde sağlık algısı ile serviks kanseri erken tanısına yönelik tutumları inceleyen çalışma sayısının yetersiz olduğu görülmüştür.

Bu çalışmanın amacı; kadınların sağlık algısı ile serviks kanserini erken tanılamaya yönelik tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi, araştırma sonuçlarının tarama oranlarını artırması, geliştirilmesi çabasını güçlendirmesi ve bu kapsamda literatüre katkı sağlaması hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Serviks Anatomisi

Uterusun 1/3 oranında alt bölümünde yer alan ve yaklaşık olarak 2 cm uzunluğunda olan serviks, uterusun vajinaya açılan dar boyunlu yapısıdır. Aynı zamanda enfeksiyonların uterusu ulaşmasını önleyen önemli bir set görevi de bulunmaktadır (28).

Serviksin alt bölümü vajina içerisindedir ve bu yere portio vaginalis cervicis denmektedir. Ön tarafta mesaneyle komşudur ve aralarında parametrium denilen bağ dokusu vardır. Doğum eylemi esnasında serviks yaklaşık olarak 10 cm açılarak bebeğin geçişine ve böylece doğumun gerçekleşmesine olanak sağlar. Serviksin yüzeyi skuamöz epitel ve kolumnar epitel olarak 2 tür epitelden meydana gelmiştir. Bu epitellerin birleştiği noktaya skuamokolumnar junction denilmektedir ve kanser için son derece önemli bir bölüm olan transformasyon zonu burada bulunmaktadır. Henüz kanserleşmemiş lezyonların %90'lık bölümü bu noktada oluşmaktadır (29). Transformasyon zonunda bulunan hücreler, özellikle HPV'ye karşı hassasiyet gösterir ve skuamöz hücreli karsinomun büyük bir kısmı burada gelişir (30).

2.2. Serviks Kanserinin Epidemiyolojisi

Serviks kanseri, küresel boyutta kadınlarda en fazla görülen kanserler arasında dördüncü sırada yer alır (2). Dünya çapında 2020 yılında kanser tanısı alan 19292789 kişinin %3.1'i olan 604127'sinin serviks kanseri olduğu belirlenmiştir. Yine küresel çapta 2020 yılında kanser nedeniyle hayatını kaybeden 9958133 kişi olmuştur. Vefat edenlerin %3.3'üne karşılık gelen 341831 kişi ise serviks kanseri nedeniyle hayatını kaybetmiştir (31).

2020 yılındaki dünya geneli insidans oranı %1.39 ve mortalite oranı %0.82'dir. DSÖ'nün yaşa standardize edilmiş serviks kanseri insidansı haritasında ise ülkemizdeki insidans oranı yüz bin kişide 6.7'nin altındadır. Yine aynı veri tabanında Türkiye'deki mortalite oranı yüz bin kişide 2.2-4.9 olarak belirlenmiştir (31).

Serviks kanserinin görülme sıklığı ülkeler arasında farklılık göstermektedir ve ülkelerin gelişmişlik düzeyi arttıkça, insidans oranı azalmaktadır. Ülkemizdeki durum ise gelişmiş ülkelerle benzerdir (32). Serviks kanseri, insidans ve mortalite açısından Afrika, Güneydoğu Asya, Güney Amerika, Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde ve Karayiplerde dünya ortalamasının üstünde seyretmektedir. Batı Asya, Avustralya, Yeni Zelanda,

Kuzey Amerika, Kuzey, Güney ve Batı Avrupa ülkelerinde ise dünya ortalamasının altında seyretmektedir (31).

Türkiye'deki serviks kanseri sırasına bakıldığında, tüm kadınlardaki sıralamada dokuzuncu, 25-49 yaş grubunda ise dördüncü sırada yer aldığı görülmektedir (3). Ülkemizde 2019 yılı içerisinde kanser nedeniyle 28504 kadın hayatını kaybetmiştir ve vefat edenlerin 512'sinin tanısı serviks kanseridir (4).

2.3. Serviks Kanserinin Etiyolojisi

1980'lerin başında HPV, servikal kanserin tek nedensel ajanı olarak bulundu. Daha sonra serviks kanserinin biyopsi örneğinden alınan Deoksiribo Nükleik Asit'de (DNA) HPV tip 16 tespit edildi (33). Sonraki yıllarda ise HPV'nin serviks kanserinin temel ajanları olduğu rapor edildi. Haziran 2018 itibarıyla HPV'nin 221 türü vardır ve bu virüsler zarfsız, çift sarmallı DNA virüsleridir (34). Dünya çapında çok yaygın olarak bulunan HPV'nin en az 14 türü kansere neden olan yüksek riskli tip olarak bilinir. HPV16 ve HPV18 türleri serviks kanseri nedenleri arasında %70'lik paya sahiptirler (35).

İnsan Papilloma Virüs'ü, dokunmayla ya da cilt temasıyla bulaşabilir (36). Ancak temelde cinsel temasla bulaşır. Cinsel olarak aktif olan bireylerin büyük bir kısmı üreme sisteminin en yaygın viral enfeksiyonu olan HPV ile yaşamlarının bir evresinde enfekte olurlar ve bu durum bazen tekrarlayabilir. Her kadın için HPV enfeksiyonunun kronik hâl alması ve bu lezyonların serviks kanserine dönüşme riski mevcuttur. İmmun sistem yetersizliği olmayan kadınlarda serviks kanserinin oluşma süreci 15-20 yıl kadar sürebilmektedir. Öte yandan tedavi edilmemiş HPV enfeksiyonu olanlar ve immün sistemi zayıf kadınlarda ise bu süre 5-10 yıla kadar inebilmektedir (35).

Serviks kanserine neden olabilen yüksek riskli HPV türleri; HPV16, 18, 31, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 66, 68 olmakla beraber serviks kanseri etiyolojisinde bu HPV tiplerinin oranı %97 olarak belirlenmiştir (37-39).

2.4. Serviks Kanserinin Risk Faktörleri

Her kadın serviks kanseri olma ihtimalini taşımaktadır. HPV haricinde de birçok risk etmeni serviks kanserinin oluşma ihtimali artırmaktadır. Bazen de bu risk etmenlerinden herhangi biri olmasa dahi serviks kanseri oluşabilmektedir (36).

Risk faktörleri;

- HPV ile bulaş
- Özellikle 18 yaşından önce olmak üzere erken yaşta cinsel ilişkiye başlamak
- Çok eşlilik

- HPV enfeksiyonu veya birçok cinsel partneri olan yüksek riskli partner
- Sigara içmek
- Zayıflamış bağışıklık sistemi
- Otoimmün hastalıklar
- İmmüsupresif ilaçlar
- HIV
- Klamidya enfeksiyonu
- Uzun dönem oral kontraseptif kullanımı
- 3 veya daha çok sayıda tam süreli gebeliği olan kadınlar
- İlk tam süreli gebeliğini genç yaşta tecrübe etmek
- Sosyo-ekonomik seviyedeki yetersizlikler
- Eğitim düzeyinin düşük olması
- Meyve veya sebzeden fakir beslenme
- Obezite
- Daha önce Pap Smear testi yaptırmama
- Hijyen eksikliği
- Stres
- Ailede serviks kanseri öyküsü
- Eşin penis/prostat kanseri öyküsü
- Eşin sünnetsiz olması
- Fetüsün Diethylstilbestrol maruziyeti
- Siyahi ırktan olmak
- İleri yaş olarak sayılabilir (5,36,40).

2.5. Serviks Kanserinin Belirtileri

Serviks kanseri erken dönemlerinde genellikle klinik bir belirti göstermeden seyredebilmektedir. Kanser ilerledikçe belirti ve bulgu vermeye başlamaktadır. Bu belirtiler arasında (5,41);

- Menstrüasyon dönemleri arasında veya menopoz sonrası görülen kanama
- Koitus sırasında ağrı veya sonrasında görülen kanama
- Sırt, alt ekstremiteler veya üreme organlarının olduğu yerde ağrı hissedilmesi
- Anemi
- Zayıflama, iştah azlığı ve yorgunluk

- Kötü kokulu da olabilmekle birlikte artan vajinal akıntı
- Tek taraflı veya iki bacakta da oluşan şişkinlik
- İdrar yaparken ağrı hissedilmesi

2.6. Serviks Kanserinden Korunma

Dünya Sağlık Örgütü, serviks kanserinin insidans, morbidite ve mortalite oranını azaltmak amacıyla; primer, sekonder ve tersiyer koruma eylemlerini içeren geniş kapsamlı bir yaklaşımı tavsiye etmektedir (30).

2.6.1. Primer Koruma

Bu koruma, birey kanser teşhisi almadan önce, kanserle bağlantılı olduğu bilinen davranışlarının ve risk etmenlerinin önlenmesini içerir (24).

Primer korumada yapılacak uygulamalar; serviks kanseri risk faktörleri ve belirtileri hakkında eğitimler ve danışmanlıklar yapılarak farkındalık oluşturma ve artırma, sağlıklı ve güvenli cinsel yaşam hakkında eğitimlerin düzenlenmesi, riskli cinsel davranışların engellenmesi, aile planlamasında bariyer yolların kullanımı konusunda teşvik, sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesi, HPV aşısının bilinirliğinin ve uygulanmasının artırılması, jinekolojik takip ve izlemlerin periyodik olarak yaptırılması ve serviks kanserine yönelik tarama programları ve toplum katılımının değeri hakkında sağlık eğitimlerinin ve danışmanlıkların yapılması, toplum tarama yaptırmaya engel teşkil edebilecek faktörlerin saptanması ve bu kapsamda önlemlerin alınmasına yönelik uygun stratejilerin belirlenerek hayata geçirilmesini içerir (24,42).

Aşılama

İlk olarak 2006 yılında ABD Federal İlaç Uygulaması tarafından onaylanan ve Kansere yönelik geliştirilmiş önemli bir halk sağlığı stratejisi olan HPV aşısı, toplumda HPV'ye karşı bağışıklık oluşturarak serviks kanserine neden olan enfeksiyonları önler (43). Günümüzde ise HPV enfeksiyonu için geliştirilmiş Cervarix, Gardasil ve Gardasil 9 aşısı olmak üzere üç aşı mevcuttur ve hepsi HPV16 ve HPV18'e karşı koruyuculuk sağlar (44).

Klinik araştırmalar aşının çok güvenli ve etkili olduğunu kanıtlamıştır. DSÖ'ye göre üç aşının da serviks kanserine karşı koruyuculuk düzeyi aynı olmakla beraber en etkili sonucu almak için HPV'ye maruz kalmadan önce aşı olunmalıdır. Bu nedenle DSÖ, cinsel aktiviteye başlamamış ve 9-14 yaşları arasındaki kız çocuklarının aşılanmasını önermektedir (35).

Primer korumada yapılan HPV aşısı uygulaması, serviks kanseri taramasının yerine geçmez (44). Ancak aşısı, tarama ile beraber uygulandığı takdirde küresel anlamda serviks kanseri insidansını önemli derecede azaltacak güçlü bir aracı kullanıma sunar (35).

2.6.2. Sekonder Koruma

İkincil korunmada amaç; risk altındaki toplumun taranması sonucu asemptomatik vakaların erken teşhisi ve prekanseröz lezyonların invaziv hâle ilerlemeden tedavi edilmesi ve serviks kanseri insidans, prevalans ve mortalitesinin azaltılmasıdır (30). Tarama sonucunda, serviks kanseri tanısı konulan bireylerin tedavisi ve sağlığına kavuşma süreci ileri evre tanılı bireylere göre hem daha kolay hem de daha az maliyetlidir (7).

Günümüzde tarama sonucu erken tanı alınması ile %100 tedavi edilme imkânı olan serviks kanseri, gelişmiş ülkelerde kanserin neden olduğu ölümler arasında arka sıralarda bulunur. Ayrıca düzenli tarama yaptıran kadınlar için serviks kanserinin bir ölüm nedeni olmayacağı ifade edilebilir. Bu nedenle DSÖ, serviks kanseri taramasının toplum tabanlı olarak uygulanmasını tavsiye etmektedir (45).

Tarama Yöntemleri

Pap Smear Testi

1943 yılında Papanicolaou ve Trout'un geliştirdiği, sitolojik olarak değişim gösteren hücreler ve normal hücrelerin incelenmesi olarak tanımlanabilen bir testtir (46). Dökülen servikal hücreleri toplanıp bu testle incelenir. Henüz belirti vermemiş olan veya servikste erken dönem invaziv lezyonlar bu testle tespit edilir (9).

Birkaç dakika süren bu testte, muayene esnasında vajinaya yerleştirilen spekulum ile vajen duvarlarının ayrı tutularak serviksin daha kolay gözlemlenmesini sağlanır ve genellikle işlem esnasında ağrı yaşanmadan yumuşak bir fırça ya da spatula yardımıyla serviksten hücre örnekleri toplanır. Serviksten alınan numuneler, uygun şartlarda laboratuvara gönderilerek kanser veya prekanseröz lezyon varlığı yönünden değerlendirilir (47).

Ülkemizde serviks kanseri DSÖ önerilerince, 1992'den bu yana yaklaşık 30 yıldır servikal smearle tarama programı yürütülmektedir. Kanser Daire Başkanlığı, DSÖ önerilerini ve Türkiye alt yapı ve imkânlarını gözетerek, tüm illerde faaliyet gösteren KETEM'lerde, 30-65 yaş arasında olup, herhangi bir belirtisi olmayan kadınların 5 yılda bir servikal smear yaptırmalarını planlamıştır (7).

HPV Testi

Bu testte temel amaç; servikal hücrelerdeki HPV'nin genetik materyalinin varlığının tespit edilmesidir (7). 2015'de Amerikan Klinik Patoloji Derneği ve Jinekolojik Onkoloji Derneği, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi onaylı HPV DNA testi ile primer taramayı kılavuzlarına eklemişlerdir (48).

Araştırmalar ışığında, HPV testinin smear'e göre kanserleşme öncesi dönemde servikal lezyonları saptamada daha hassas olduğu, testin duyarlılığının özellikle 30 yaş ve üzerindeki kişilerde smear'e göre daha belirgin bir fark sağladığı, özgüllüğün ise karşılaştırılabilir düzeyde bulunduğu belirtilmiştir (49).

Türkiye 2012 yılının sonunda, HPV testinin öncelikli olarak kullanılmasını onaylamıştır ve bu kapsamda 30-65 yaş arasındaki tüm kadınların önce HPV testi ile taranmasına, pozitif sonuçların ise smear testi ile yeniden incelenmesine ve bu testin 5 yılda bir tekrarlanmasına karar vermiştir (7). HPV testi uygulaması 2014 senesinin ilk yarısından sonra başlamıştır (50).

VIA Testi

Serviksin direkt olarak gözle değerlendirilmesine dayalı bu testte, servikse damlatılan %5'lik asetik asit sonrası lezyonlardaki renk değişimine bakılarak, anormal dokuyu gösteren beyaz lezyonların varlığı gözlemlenir. Özellikle gelişmekte ve nüfus yoğunluğu fazla olan ülkelerde bu testin kullanımı önerilmektedir (50).

2.6.3 Tersiyer Koruma

Hastalık tanısını koyduracak bulgular ortaya çıktıktan sonra tanı konulan invazif kanserin tedavisi, morbidite sayısının düşürülmesi ve rehabilitasyonun sağlanmasını içerir (24).

Üçüncül korunmada, bireylerin tedavisinin sağlanması, kanserli hastaların morbiditesinin azaltılmasına, aynı zamanda sosyal yaşamdan uzak kalmamasının sağlanması amacına yönelik yapılan uygulamalar, kanser teşhisi ve tedavisi sunan merkezlere yapılan sevkler, kanser evresine uygun olan tedavinin uygulanması, metastazlar oluşmuşsa tedavi ve destekle yaşam kalitesinin artırılması, semptom ve ağrı kontrolü ve palyatif bakım olarak sayılabilir (30).

2.7. Serviks Kanseri Tarama Prosedürü ve Programları

Tarama prosedürü ülke şartlarına göre farklılık gösterebilmektedir ancak DSÖ özellikle 30-49 yaş aralığındaki tüm kadınların en az bir kez test ile taranmasını tavsiye etmektedir. DSÖ, VIA veya smear'i negatif çıkan bireylerin üç ile beş yılda bir, HPV testi negatif olan kadınların ise en az beş yılda bir tekrar test yaptırmasını önermektedir (30).

Serviksten alınan tek numuneden smear ve HPV DNA çalışılması “co-test” olarak isimlendirilir. Bu test, 30 yaş üzerindeki kadınlar için kabul edilme oranı en yüksek olan yöntemdir. Amerikan Kolposkopi ve Servikal Patoloji Derneği ve Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji, 30–65 yaş arasındaki kadınların beş senede bir co-test yaptırmasını tavsiye etmektedir (51).

Amerika Kanseri Derneği tarafından 2020 yılında serviks kanseri tarama kılavuzu yayınlanmıştır. Buna göre;

- 25 yaşında tarama yapılmasına başlanması önerilmektedir.
- 25-65 yaş aralığındaki kadınlarda ilk olarak sadece HPV testi kullanılmalı ve 5 yılda bir tekrarlanması önerilmektedir. Pap Smear testinin de uygulanabileceği ancak 3 yılda bir tekrarlanması gerektiği önerilmektedir.
- 65 yaşını aşkın kadınlarda son 10 yılda 2 kez ard arda negatif HPV testi, 2 negatif test veya 3 negatif smear testi yeterli negatif tarama testi olarak kabul edilir. En son testi son 3-5 yıl içinde yaptırmış olmak şartıyla bu kişilerin tekrar test yaptırmalarına gerek yoktur.
- Önceden tarama kaydı bulunmayan 65 yaş üzerindeki bireyler, tarama yaptırmalarına gerek kalmayacak şartlar sağlanana kadar taramayı sürdürmelidir.
- Serviksi olmayan ve hastalık öyküsünde Cervical Intraepithelial Neoplasia 2 (CIN2) bulunmayan ve histerektomi operasyonu geçirmiş kadınlar taranmamalıdır.
- CIN2, CIN3 veya Adenocarcinoma in Situ geçmişi olan hastalar 65 yaşına geldiklerinde ilk 25 yıllık gözetim dönemini tamamlamışsa, 3 yılda bir tarama yaptırabilirler.
- HPV aşısı yaptırmış kadınlara ise yaşa uygun olacak şekilde tarama uygulanabilir (52).

2.8. Ulusal Serviks Kanseri Tarama Programı ve Standartları

Ülkemizde 1992’den 2014 yılına kadar servikal kanser Pap Smear ile taranmıştır ancak popülasyonda hedeflenen kapsayıcılık %70 iken, ulaşılan kitle %20 olmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda Kanseri Daire Başkanlığı, serviks kanseri tarama oranını artırabilmek için 2014 yılında tarama programına HPV testini eklemiştir. Türkiye’deki yenilenen serviks kanseri tarama standartları incelendiğinde, 30-65 yaş grubunda bulunan tüm kadınların 5 yılda bir HPV testi ile taranması, pozitif sonuca sahip kişilerin yeniden incelenmesi, en son yapılan iki HPV DNA veya Pap Smear testi negatif çıkan 65 yaşına ulaşmış kadınlarda taramanın kesilmesi plânlanmıştır. Benign bir sebeple yapılmış

histerektomi varsa, bu bireylerin takibine gerek duyulmamaktadır ancak CIN2 ve CIN3 nedeniyle histerektomi işlemi yapılmışsa, üç negatif sitoloji sonucu olan ve son 10 sene boyunca pozitif verisi olmayan kadınlarda taramaya devam edilmez (7).

Ülkemizde serviks kanseri tarama programının birinci basamak yönetim şemasına göre HPV negatif çıkan olgular için 5 yılda bir tekrar test yapılır. HPV pozitif çıkan olgular için ise sitoloji testi yapılır. Sitoloji sonucu normal ancak HPV 16 veya 18 dışında bir ajanın neden olduğu pozitiflik varsa bir yıl sonra tekrar test yapılır. Yine sitoloji sonucu normal ancak HPV 16 veya 18'in sebep olduğu bir pozitiflik oluşmuşsa birey kadın doğum uzmanına sevk edilmelidir. Kolposkopi ve biyopsi işlemlerinin ardından takip süreci devam eder. Eğer sağlık kuruluşunda test için yetersiz numune alınmışsa üç ay sonra test tekrarlanır (53).

Türkiye'deki toplum tabanlı servikal kanser taramaları ASM, TSM ve KETEM tarafından yürütülmekle birlikte, tüm illerde en az bir tane bulunacak şekilde, günümüzde toplamda 197 KETEM vardır. Taramanın toplum tabanlı olabilmesi için hedeflenen nüfusun %70'ine ulaşılması gerekmektedir. Ancak 2015 yılında ilk kez %25.5 seviyesine ulaşılmıştır (7).

2.9. Kadınların Pap Smear Taramasına Katılımının Önündeki Engeller

Kanser sebepli mortalitelerin azaltılması için tarama yapılması oldukça önemlidir (46). Servikal kansere yönelik düzenlenmiş tarama programları, kanser olma ihtimalini ve mortaliteyi büyük oranda azaltsa da halâ çalışılması gereken önemli konular vardır. (54). Türkiye'de 20 yılı aşkındır Pap Smear taraması uygulanmasına rağmen %70 hedefine ulaşamayıp, hedef nüfusun sadece %20'si taranabilmiştir (7).

Çalışmalar, serviks kanserinin erken aşamada tanınmasına imkân kılan Pap Smear testi'nin uygulanmasındaki başarı oranının düşüklüğünün asıl sebebini; eğitim seviyesinin düşük olması, konu hakkında yeterli bilgiye sahip olunmaması, kültürel sorunlar, maddi imkânsızlıklar, jinekolojik muayene olmamaya sebep olacak negatif algılar olarak belirlemişlerdir (55-58).

Konu hakkındaki yerel araştırma sonuçlarına göre, kadınların daha önce Pap Smear testini duymamış olması, bugüne kadar jinekolojik muayene olmaması, bilgi konusunda yetersizlik, uygulamanın gereksiz olduğunu düşünme, utanma, işlem korkusu, risk grubunda olmadığını düşünme, mahremiyet algısı, ihmalkârlık, ekonomik engeller nedeniyle hizmet veren birime gidememe veya menopoz döneminde olmak gibi faktörlerden dolayı test yaptırmadıkları belirlenmiştir (59). Sıralanan sebeplerin tamamı, kadınların serviks kanserine yönelik erken tanı ve pozitif sağlık davranışları önünde engel

teşkil etmektedir. Ayrıca sağlığı koruma ve geliştirme davranışları birçok faktörden etkilenmekle birlikte farklı faktörler, farklı davranış ve tutum gelişimine sebep olmaktadır (60). Serviks kanserinin önlenmesindeki en büyük engel ise hiç tarama yaptırmamaktır (61).

Türkiye’deki kadınların Pap Smear testini yaptırmama sebepleri diğer ülkelerle benzerlik göstermektedir. Sonuç olarak ise, kadınlar taramaya ya hiç katılmamakta ya da düzenli devam etmemektedirler. Türkiye İstatistik Kurumu’nun 2019 yılına ait verilerine istinaden, 15 yaş ve üzeri kadın nüfusun %61.2’si daha önce bu test hiç olmamıştır (62). Gelişmiş ülkelerdeki toplumların bu testin düzenli aralıklarla yaptırmaları, servikal kanser insidansının azalmasına sebep olmuştur (63).

Pozitif sağlık algısı, bireylerin öz bakım sorumluluklarını almasına neden olmakta, kişiye sağlığı geliştirici yaşam davranışlarının benimsetilmesinde ve uygulamaya geçirmesinde destek olmaktadır (18-20). Çağdaş halk sağlığı felsefesinde en önemli ilke, kişilerin sağlıklarını kaybetmeden önce sağlıklarını korumaları ve geliştirmeleridir (64). Sağlık algısı ile sağlığın geliştirilmesi arasında kuvvetli bir ilişki vardır (15,16). Literatür incelendiğinde, sağlık algısı artıkça kanser taramalarına yönelik tutumun da arttığı, bu nedenle aralarında pozitif yönlü önemli bir ilişki bulunduğu ve sağlık algısının artırılması için çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmüştür (22,65,66).

2.10. Serviks Kanserinin Önlenmesinde ve Erken Tanısında Hemşirenin Rolü

Korunma, servikal kanseri önlemedeki en önemli stratejidir ve serviks kanserine sebep olabilen faktörlerin tanınması, bilinmesi alınacak tedbirler açısından oldukça önemlidir (67).

Hemşireler, koruma basamaklarının tamamında bulunmakla birlikte hemşirelerin eğitim ve danışmanlık hizmeti primer önlemede önemli bir yere sahiptir. Bu hizmetle özellikle risk altındaki grubun korunması sağlanır (24).

Sağlık eğitiminin amacı; sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesi hakkında kişilerin bilgi ve eylemlerinde iyileştirmelere, farklılık yapmalarına neden olmaktadır ve bu amaca yönelik doğru sağlık davranışlarının benimsetilmesi için yapılan eğitimler sayesinde, sağlığını korumayı, geliştirmeyi ve sürdürmeyi bilen, farkındalığı yüksek, bilinçli bir toplum oluşur (67).

Sekonder korunmada amaç serviks kanserinin erken tanılanmasıdır ve bu nedenle sağlık taramaları ve erken tanı için yapılan girişimler ön plândadır. Bu anlamda hemşireler sağlık hizmetlerini sunarken aynı zamanda kadınlara rahim ağzı kanseri, risk oluşturacak etmenler ve tarama hizmetleri hakkında eğitimler verirler. Özellikle

yaptırılması gereken sağlık taramalarından ve erken teşhisin hayati öneminden bahsedilmelidir (24).

Tersiyer korumada ise hemşireler hastalardaki semptomları değerlendirirler, bireylere verilecek eğitimlerle ve düzenli takiplerle ortaya çıkabilecek komplikasyonları engelleyebilir aynı zamanda gelişmiş bir komplikasyon varsa erken müdahale ederek durumun kötüleşmesini önlerler (24).

Kadınlarla sürekli iletişim hâlinde olan hemşireler, jinekolojik kanser açısından risk altında olan kadınların belirlenmesi, erken teşhis ve tedavi aşamalarının tümünde anahtar roldedir. Serviks kanserinin, kanserleşme öncesi uzun bir döneme sahip olması, tarama için test yöntemlerinin bulunması, lezyonların erken teşhisle tedavi edilebilmesi sebebiyle serviks kanseri önlenabilir bir hastalıktır (67).

2.11. Sağlık Algısı

Sağlıklı olmak, bireyin en temel haklarından biri olmakla birlikte bu hakkın gözetilmesi, kesintiye uğramadan devam ettirilmesi ve geliştirilmesini temel kriter olarak edinen sağlık bakım politikaları, herkesin kendisi için sağlık sorumluluğunu alması gerektiği konusuna ve pozitif sağlık davranışları edinmesi üzerine odaklanmışlardır (68,69). Hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesinde esas ilke ise, yaşam biçiminin değiştirilmesiyle ilgili davranışların benimsenmesi ve uygulanmasıdır (70-72).

Sağlık davranışı, kişinin sağlığını sürdürmesi ve hastalıkların önlenmesi için inandığı ve hayata geçirdiği, kişiyi hastalıktan uzaklaştıracak, iyilik hâlini artıracak ve bireysel gelişimine imkân kılacak olan davranışların tümüdür (73).

Sağlık inanç modeline göre; sağlık davranışlarını ve sağlık sorumluluğunu etkileyen sağlık algısı, bireye sağlıklı yaşam davranışlarının benimsetilmesi ve devam ettirilmesini hedefleyen sağlığın geliştirilmesi süreciyle direkt olarak bağlantılıdır (17).

Sağlık algısı, bireyin kendi sağlığı hakkındaki bireysel duygu, düşünce, ön yargı ve isteklerinin bir etkileşimi olarak ifade edilebilir (10). Kişinin var olan fiziksel durumundan çok özellikle duygu ve inançlarını tanımlamaktadır. Bu nedenle algılanan sağlık, bireylerin hem fizyolojik hem de mental sağlıklarıyla ilgili bilgi veren çok değişkenli bir parametredir ve sağlığın değerli bir göstergesidir (11,12). Sağlığını önemseyen kişilerin kendi sağlıkları konusunda daha fazla sorumluluk üstlenmesi ve duyarlılıklarının artması beklenmektedir. Pozitif sağlık algısı, bireylerin öz bakım sorumluluklarını almasına neden olmakta, kişiye sağlığı geliştirici yaşam davranışlarının benimsetilmesinde ve uygulamaya geçirmesinde destek olmaktadır (18,20).

Son zamanların önemli bir sağlık problemi olan kanserle başa çıkmada en etkili yöntemlerin başında tarama farkındalığının artırılması bulunmaktadır. Ayrıca kişilerin taramalara katılımını etkileyen birçok faktör vardır (66). Bireysel sağlıkla ilgili kişinin doğru kararlar verilebilmesi amacıyla önemli etmenlerden biri olan algılanan sağlık seviyesinin ve serviks kanseri erken tanısına yönelik tutumun ortaya koyulması sonucunda, bu alanda literatüre katkı sağlayacaktır.

2.12. Sağlık Algısı ile Serviks Kanseri Arasındaki İlişki

Bir toplumdaki serviks kanseri mortalite oranını azaltmak için erken evrede tanılanması gereklidir. Tarama ve erken teşhis sayesinde gelişmiş ülkelerde serviks kanserinde önemli ölçüde azalma görülmüştür. Erken teşhis ve tarama, kadınların kanser konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarından etkilendiği için kanser konusunda farkındalığın artırılarak bilinç ve olumlu davranış değişikliği oluşturulması büyük önem arz etmektedir (74).

Sağlık algısı ile sağlığın geliştirilmesi arasında kuvvetli bir ilişki vardır (15,16). Sağlığa verilen önemin artmasıyla bireylerin iyilik hâlini artırmak için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirdikleri ve uyguladıkları belirtilmektedir (13,14). Literatür incelendiğinde, sağlık algısı ile kanser taramalarına yönelik tutum arasında pozitif yönlü ve önemli ilişki olduğunu saptayan çalışmalar görülmüştür. Sağlık algısı ile kanser taramalarına yönelik tutum arasındaki bu ilişki, sağlığına önemseyen kişilerin aynı zamanda kanser taramalarına yönelik farkındalıklarının da daha fazla olduğu görülmüştür (17,22,65-75).

Günümüzde önemli bir sağlık sorunu olan, ancak önlenebilir bir hastalık olan kanserle mücadelede erken teşhis olanağı en etkili araçtır (76). Buna en güzel örneklerden biri serviks kanseridir (24). Türkiye’de, kadınların hastalık belirtisi olmadan sağlık kontrolüne gitme alışkanlıklarının yeterince kazanılmamış olduğu bir gerçektir (76).

Sağlık algısı ile sağlığın geliştirilmesi arasında ise güçlü bir bağ vardır (15,16). Sağlığın geliştirilmesi için çaba sarf eden birey, sorumluluklarının farkındadır (15). Sağlığını önemseyen kişilerin kendi sağlıkları konusunda daha fazla sorumluluk üstlenmesi ve duyarlılıklarının artması oldukça önemlidir (18-20).

2.13. Sağlık Algısı ile Serviks Kanseri Erken Tanılamada Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı koruma ve geliştirme eylemlerinde temel insan gücü olarak hemşireleri göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin sunulmasında çok kıymetli rolü olan hemşirelerin, sağlığı geliştirme konusunun önemini anlatmaları, bu davranışların

benimsenmesi ve uygulanmasında yol gösterici ve örnek olmaları gerekmektedir (77,78). Dolayısıyla bu konudaki eğitim programlarında ve sağlık kuruluşlarında kadınlarla en fazla karşılaşan ve donanımlı sağlık profesyonelleri olan hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir (79). Koruma basamaklarının tamamında bulunan hemşireler özellikle risk altındaki grubun korunmasına yönelik önlemler almalıdır. Düzenli sağlık taramalarının yer aldığı sekonder korumada, halk sağlığı hemşireleri erken tanının hayati önemini vurgulamalıdır (24). Kadınlara serviks kanserinin önlenabilir bir kanser olduğu, bu hastalığa özgü bir tarama programımızın mevcut oluşu, yapılan düzenli taramalar sonucu hastalığın erken teşhisinin mümkün olduğu ve bu durumda tamamen tedavi edilebildiği anlatılmalıdır (5,6).

Tüm eğitimlere, tarama programlarının bilinmesine ve kolayca ulaşılabilir olmasına rağmen, bireylerin taramalara olan katılımı kendi isteklerine ve inisiyatiflerine kalmaktadır. Bu nedenle hemşirelerin, bireylerin taramalara yönelik tutumlarını sorgulamaları önemlidir (65). Bu anlamda kişilerin koruyucu sağlık davranışları geliştirebilmesi için ilk olarak sağlık algılarının ne düzeyde olduğunun öğrenilmesi ve buna yönelik takiplerin yapılmasına ihtiyaç vardır (22). Pap Smear testini yapan sağlık profesyonelleri arasında halk sağlığı hemşireleri daha fazla rol almaktadırlar (80). Serviks kanseri risk faktörleri hakkında bilgi eksikliğinin giderilmesine ve sağlık üzerinde algılanan kontrolün artırılmasına yönelik sağlık programları, bilgilendirmeler ve eğitimler düzenlenmelidir (23).

3. MATERYAL METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma kadınların sağlık algısı ile serviks kanserini erken tanılamaya yönelik tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu çalışma, etik kurul ve kurum izinleri alınarak, Ağustos 2021-Temmuz 2022 tarihleri arasında Bingöl ilindeki T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı KETEM'de yapılmıştır. KETEM'de 4 hemşire, 3 ebe ve 3 radyoloji teknikeri görev yapmaktadır. Sunulan hizmetler arasında; taramanın hedef grubuna kanserle ilgili bilgiler ulaştırarak toplumun kanserle ilgili farkındalığının artırılması, serviks, kolon ve meme kanserlerine yönelik taramaların yapılması yer almaktadır. Hemşireler, risk gruplarına yönelik tarama programlarının plânlanması, hazırlanması, uygulanması ve takibinde görev alırlar. Ayrıca gerekli durumlarda danışmanlık hizmeti verirler.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini, araştırmanın yapıldığı Bingöl ilindeki KETEM'e bir yılda başvuran 5400 kadın oluşturmuştur. Yapılan güç analizi ile örneklem sayısı, 0.05 yanılgi düzeyinde ve 0.95 evreni temsil gücüyle 358 kişi olarak belirlenmiştir. Araştırmacının gayretiyle çalışmaya katılmayı kabul eden 400 kadına ulaşılmıştır. Evrenden örneklem seçiminde olasılıksız gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Evli olmak,
- 30-65 yaş arasında olmak,
- İletişime ve iş birliğine açık olmak,

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- İletişim güçlüğü bulunan bireyler,
- Demans, alzheimer tanısı almış olmak. (Merkezde yer alan kayıtlardan)

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Özellikler Formu, "Sağlık Algısı Ölçeğı" ve "Serviks Kanseri Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeğı" kullanılmıştır.

3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (22,23,26,81-87). Form; kadınlara ilişkin sosyo-demografik özellikleri içeren yaş, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yer, çalışma ve ekonomik durumu, sağlık güvencesi varlığını içeren 7, ilk adet yaşı, ilk evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı, toplam doğum sayısı, hala adet olma durumu ve menopoz yaşını içeren menstruasyon ve doğurganlık özellikleri hakkında 6, ailede rahim ağzı kanseri öyküsü varlığı, daha önce herhangi bir kanser tanısı alma durumu, jinekolojik muayeneye gitme sıklığı, daha önce rahim ağzı kanserini duyma, duyduysa ilk nereden duyduğu, pap smear testini duyma, testi yaptıрма sayısı ve en son ne zaman yaptırdığını içeren kansere ilişkin sağlık özellikleri hakkında ise 8 soru bulunmakla birlikte toplamda 21 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)

Ölçek ilk kez 2007 yılında Diamond ve arkadaşları tarafından hazırlanmıştır (88). Toplam madde sayısı 15 olup, 4 alt boyuta sahip beşli likert tipi bir ölçektir. İfadelerden 1, 5, 9, 10, 11 ve 14 olumlu, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 12 13 ve 15 ise olumsuzdur. Olumlu maddelerin puanları “Çok Katılıyorum=5”, “Katılıyorum= 4”, “Kararsızım= 3”, “Katılmıyorum= 2” ve “Hiç Katılmıyorum= 1” şeklindedir. Olumsuz maddelerin puanlaması ise ters olarak yapılmıştır.

Ölçekten en düşük 15, en yüksek ise 75 puan alınabilmektedir. Ölçek alt boyutlarına göre Kontrol Merkezi; 2,3,4,12,13; Öz Farkındalık; 5,10,14; Kesinlik; 6,7,8,15 ve Sağlığın Önemi; 1,9,11 ifadelerinden oluşmaktadır (20).

Kontrol merkezi alt boyutunun amacı; bireyin sağlıklı olmakla ilgili kontrol merkezinin kendinde olup olmadığını ve sağlığını geliştirmek konusunda özgüvenini belirlemektir.

Öz farkındalık alt boyutunun amacı; kişinin sağlığı hakkında öz farkındalık algısının ve sağlıklı olmanın otokontrolünde olup olmadığına ilişkin inanç düzeyini belirlemektir.

Kesinlik alt boyutunun amacı; bireyin sağlığını sürdürmeye ve geliştirmeye yönelik yapması gerekenlere ilişkin net bir düşünceye sahip olup olmadığını belirlemektir.

Sağlığın önemi alt boyutunun amacı; bireyin sağlığını ne düzeyde önemseydiğini, bununla ilgili maddi imkânlarını kullanma düzeyini ve yaşamındaki öncelikler arasında sağlığa verdiği önemin bulunup bulunmadığını belirlemektir.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kadioğlu ve Yıldız tarafından yapılmıştır. Sağlık Algısı Ölçeği iyi düzeyde güvenilirlik derecesine sahip olup, cronbach alpha katsayısı hemşirelik öğrencilerinde 0.77, ailelerinde 0.70 olarak belirlenmiştir. cronbach alpha Değerleri: Kontrol merkezi 0.90, Öz farkındalık 0.91, Kesinlik 0.91, Sağlığın önemi 0.82'dir (20). Bu araştırmada, Sağlık Algısı Ölçeğinin cronbach Alpha katsayısı 0.80, alt boyutlarından kontrol merkezi 0.82, öz farkındalık 0.49, kesinlik 0.66, sağlığın önemi 0.67 olarak bulunmuştur.

3.4.3. Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği (SKETTÖ)

Ölçek, 2009 yılında Özmen ve Özsoy tarafından geliştirilmiştir. Ölçek; 22'si olumlu, 8'i olumsuz ifade olmak üzere toplamda 30 maddeden oluşmaktadır ve 4 alt boyuta sahip beşli likert tiptedir. İfadelerden 3, 6, 8, 15, 17, 24, 25 ve 27.'si olumsuz, geri kalan ifadeler ise olumludur. Ölçek 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Algılanan duyarlılık alt boyutu (8, 9, 12, 14, 15, 19, 21, 24, 28), Algılanan ciddiyet alt boyutu (1, 2, 5, 7, 10, 18, 26, 29), Algılanan engel alt boyutu (11, 13, 17, 20, 23, 25, 30) ve Algılanan yarar alt boyutu (3, 4, 6, 16, 22, 27) bulunmaktadır. Ölçekteki olumlu ifadelerin puanları "Kesinlikle katılmıyorum=1", "Katılmıyorum=2", "Kararsızım=3", "Katılıyorum=4", "Tamamen katılıyorum=5" şeklindedir. Olumsuz maddelerin puanlaması ise ters olarak yapılmıştır. Ölçekten alınacak en düşük puan 30, en yüksek puan ise 150 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin tümü için cronbach alpha katsayısı 0.89'dur. Algılanan duyarlılık alt boyutu için 0.71, algılanan ciddiyet alt boyutu için 0.78, algılanan engel alt boyutu için 0.70 ve algılanan yarar alt boyutu için 0.72 olduğu belirlenmiştir (89). Bu araştırma sonucunda ise ölçeğin tümü için cronbach alpha katsayısı 0.67, alt boyutlarından algılanan duyarlılık 0.66, algılanan ciddiyet 0.61, algılanan engel 0.64 ve algılanan yarar 0.77 olarak bulunmuştur.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler Ağustos 2021-Kasım 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Verileri toplamak için tanıtıcı özellikler formu, SAÖ ve SKETTÖ kullanılmıştır. Hazırlanan form ve ölçekler Bingöl ilindeki KETEM'e başvuran ve araştırmaya alınma kriterlerini taşıyan kadınlara, araştırmacının kendisi tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Anket uygulaması, tarama için gelen kadınlara işlem öncesi veya sonrasında yapılmıştır. Uygulanma her kadın için yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS 22 paket programı kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov Testi ile

değerlendirilmiştir. Tanıtıcı özellik verileri sayı, yüzde dağılımı, ortalama, standart sapma değerleriyle ifade edilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde; sıklık, ortalama ve standart sapma, bağımsız gruplarda t-testi, Mann-Whitney U testi, niceliksel verilerin ikiden fazla grup arası değerlendirmelerinde; İki Yönlü Varyans Analizi ANOVA testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Farklıya neden olan grubun tespitinde ise Bonferroni testi kullanılmıştır. Veriler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Pearson Korelasyon Analizi kullanılarak, sonuçlar %95 güven aralığında, $p < 0.05$ yanılğı düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler;

- Yaş,
- Eğitim düzeyi,
- Sosyo-ekonomik durum,
- Menstruasyon ve doğurganlık özellikleri,
- Kansere ilişkin sağlık özellikleri.

Bağımlı değişkenler;

- Sağlık Algısı Ölçeği,
- Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Bingöl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulundan onay alınmıştır (EK-6). Araştırmanın yapılacağı Bingöl ilindeki İl Sağlık Müdürlünden yazılı izin alınmıştır (EK-8). Araştırmada insan onuruna ve özerkliğe saygı ilkeleri ile birlikte gizlilik ve gizliliğin korunması ilkesi yerine getirilmiş olup, araştırmaya dahil edilen her katılımcının sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği

Katılımcıların okuryazarlık oranının düşük olması ve düşük eğitim seviyesine sahip olunması nedeniyle araştırma anketi uygulanırken soruların okunması, anlaşılması ve yanıtlanmasında zorluk yaşanmasına sebep olmuştur. Bu durumda sorular ve seçenekler araştırmacı tarafından okunarak cevaplar işaretlenmiştir. Bu araştırmada katılımcıların evrenden olasılıksız gelişigüzel örnekleme yöntemi ile seçilmiş olmasından dolayı sonuçlar sadece bu araştırma grubuna genellenebilir.

4. BULGULAR

Bu bölümde, kadınların sağlık algısı ile serviks kanserini erken tanılamaya yönelik tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla toplanan verilerin analizleri ve tabloları gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (S=400)

Sosyo-Demografik Özellikler	S	%
Yaş		
30-39	161	40.3
40-49	132	33.0
50-59	76	19.0
60 ve üzeri	31	7.7
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	83	20.8
Okur-yazar	36	9.0
İlkokul	139	34.7
Ortaokul	24	6.0
Lise	50	12.5
Lisans ve Üzeri	68	17.0
Yaşadığı Yer		
İl	305	76.3
İlçe	40	10.0
Köy	55	13.7
Çalışma Durumu		
Evet	58	14.5
Hayır	342	85.5
Gelir Düzeyi		
Gelir giderden az	67	16.8
Gelir-gider eşit	277	69.2
Gelir giderden fazla	56	14.0
Sağlık Güvencesi		
Evet	295	73.7

Hayır	105	26.3
	Min.-Maks.	Ort.± SS
Yaş	30-64	43.28±9.58

Min-Maks: Minimum-Maksimum $\bar{x}$ ±SS: Ortalama ± Standart Sapma

Tablo 4.1'deki verilere göre; araştırmaya katılan kadınların %40.3'ünün 30-39, %33.0'ının 40-49, %19.0'ının 50-59 ve %7.7'sinin 60 yaş ve üzerinde olduğu, yaş ortalamasının 43.28±9.58 (minimum 30, maksimum ise 64) olduğu belirlenmiştir. Kadınların %34.7'si ilkokul, %17.0'ı lisans ve üzeri, %12.5'i lise, %9.0'ı okuryazar, %6.0'ı ortaokul düzeyinde eğitime sahipken %20.8'inin ise okuryazar olmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların %76.3'ü ilde, %13.7'si köyde, %10.0'ı ise ilçede yaşadığını, kadınların %85.5'i çalışmadığını, %14.5'i gelir getiren bir işte çalıştığını ifade etmiştir. Katılımcıların %69.2'sinin gelir-gider miktarının eşit, %16.8'inin gelirinin giderinden az, %14.0'ının ise gelirinin giderden fazla olduğu bulunmuştur. Kadınların %73.7'sinin sağlık güvencesi varken %26.3'ünün sağlık güvencesinin olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Kadınların Menstruasyon ve Doğurganlık Özelliklerinin Dağılımı (S=400)

Menstruasyon ve Doğurganlık Özellikleri	S	%
İlk Adet Yaşı		
8-11	23	5.8
12-15	356	89.0
16-18	21	5.2
İlk Evlenme Yaşı		
12-17	86	21.5
18-24	244	61.0
25-30	59	14.8
31 ve üzeri	11	2.7
İlk Gebelik Yaşı		
(S=380)		
13-17	60	15.8
18-24	234	61.6
25-34	80	21.0
35 ve üzeri	6	1.6
Toplam Doğum Sayısı		
Doğum yapmamış	20	5.0
1-2	122	30.5
3-5	195	48.8
6 ve üzeri	63	15.7
Adet Görme Durumu		
Evet	273	68.3
Hayır	127	31.7
Menopoz yaşı (S=122)		
35-45	43	35.2
46-50	63	51.7
51 ve üzeri	16	13.1
	Min.-Maks.	Ort.± SS
İlk adet yaşı	8-18	13.16±1.39
İlk evlenme yaşı	12-46	20.72±4.58
İlk gebelik yaşı	13-45	21.46±4.55

Toplam doğum sayısı	0-10	3.47±2.08
Menopoz Yaşı	35-57	46.59±4.27

Min-Maks: Minimum-Maksimum $\bar{x} \pm SS$: Ortalama $\pm$ Standart Sapma

Tablo 4.2’de kadınların menstruasyon ve doğurganlık özelliklerinin dağılımı incelenmiştir. Kadınların ilk adet yaşı ortalama 13.16±1.39 (minimum 8, maksimum 18) ve %89.0’ı ilk adetini 12-15 yaş aralığında deneyimlemiştir. Katılımcılardan ilk evlenme yaşı ortalama 20.72±4.58 (minimum 12, maksimum 46) dir. 18-24 yaş arasında evlenenler %61.0, 25-34 arasında evlenenler %21.0, 13-17 arasında evlenenler ise %15.8 olarak bulunmuştur. Gebe kalan 380 kişiye karşılık hiç gebelik yaşamayan ise 20 kişi bulunmaktadır. Gebelik deneyimi olanların ilk gebelik yaşı ortalama 21.46±4.55 (minimum 13, maksimum 45) olup, %61.6’sı çoğunlukla 18-24 yaş arasında, %21.5’i ise 12-17 yaş arasındadır. Toplam doğum sayısı ortalama 3.47±2.08 (minimum 0, maksimum 10) doğum yapılmıştır. Kadınların %48.8’i 3-5, %30.5’i 1-2 ve %15.7’si 6 ve üzeri sayıda doğum yapmıştır. Katılımcıların %68.3’ü adet görmektedir. Menopoza giren kadınların ortalama yaşı 46.59±4.27 olarak belirlenmiştir (minimum 35, maksimum 57). %51.7’siyle çoğunluğun menopoz yaşının 46-50 arasında olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.3. Kadınların Kansere İlişkin Sağlık Özelliklerinin Dağılımı (S=400)

Kadınların Kansere İlişkin Sağlık Özelliklerinin Dağılımı	S	%
Ailede rahim ağzı kanseri öyküsünün varlığı		
Evet	22	5.5
Hayır	378	94.5
Evet ise kimde olduğu (S=22)		
Anne	2	9.1
Kız kardeş	7	31.8
Kızı	2	9.1
Teyze-Hala-Kuzen	11	50.0
Daha önce kanser tanısı alma durumu		
Evet	6	1.5
Hayır	394	98.5
Evet ise kanser tanısının ne olduğu (S=6)		
Beyinde Tümör	1	16.7
Boyun Kanseri	1	16.7
Meme Kanseri	2	33.2
Rahim Kanseri	1	16.7
Serviks Kanseri	1	16.7
Jinekolojik Muayeneye Gitme Durumu		
Hiç gitmedim	17	4.3
Şikayetim olursa giderim	309	77.2
Kontrol amaçlı her yıl giderim	71	17.8
Diğer	3	0.7
Rahim ağzı kanseri duyma		
Evet	380	95.0
Hayır	20	5.0
Duyduysa ilk nereden duyduğu (n=380)		
Aile sağlığı merkezinde	100	26.3
Hastanede	66	17.4
Aileden veya arkadaştan	152	40.0
Televizyon veya internetten	58	15.2
Diğer	4	1.1

Pap smear testini duyma		
Evet	316	79.0
Hayır	84	21.0
Pap smear testini yaptıрма durumu		
Evet	214	53.5
Hayır	186	46.5
Pap smear testini yaptırdıysa kaç kez yaptırdığı (n=214)		
1 kez	100	46.7
2 kez	70	32.7
3-5 kez	39	18.2
6 ve üzeri kez	5	2.4
En son pap smear testi yaptıрма zamanı (n=214)		
0-12 ay	89	41.6
13-24 ay	47	22.0
25 ay-5 yıl	52	24.3
5 yıl üzeri	26	12.1

Tablo 4.3'te kadınların kansere ilişkin sağlık özelliklerinin dağılımı incelenmiştir. Katılımcıların %94.5'inin ailesinde rahim ağzı kanserinin olmadığı belirlenmiştir. Geri kalan katılımcıların %31.8'inin kız kardeşinde, %50.0'ının ise teyzesinde, halasında ya da kuzeninde serviks kanserinin olduğu bulunmuştur. Kadınların %98.5'i daha önce herhangi bir kanser tanısı almamıştır. Geri kalan kadınların %16.7'si serviks kanseri tanısı aldıklarını ifade etmiştir. Kadınların %77.2'sinin jinekolojik muayeneye yalnızca şikayetleri olması durumunda gittikleri saptanmıştır. Katılımcıların %95.0'ı serviks kanserini duymuş olup, duyanların %40.0 ile çoğunluğunun aileden veya arkadaştan, %26.3'ünün ise aile sağlığı merkezinden duyduğu tespit edilmiştir. Kadınların %79.0'ı Pap Smear testini duyduğu, duymayanların ise %21.0 olduğu belirlenmiştir. Testi duyanların %53.5'inin test yaptırdığı, %46.5'inin ise test yaptırmadığı bulunmuştur. Testi yaptıranların %46.7'si bir kez, %32.7'si iki kez, %18.2'si ise 3-5 kez yaptırmıştır. En son Pap Smear yaptıрма zamanı 0-12 ay arasında olanlar %41.6, 25 ay-5 yıl arasında olanlar %24.3 ve 5 yıl ve üzerinde olanlar %12.1 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.4. Kadınların SAÖ ve SKETTÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Puan

Ortalamalarının Dağılımı (S=400)

Ölçek ve Alt Boyutlar	Min-Maks	$\bar{X} \pm SS$ (Medyan)
SAÖ Alt Boyutları		
Kontrol Merkezi	5-25	16.68 $\pm$ 3.45
Kesinlik	4-20	10.94 $\pm$ 2.93
Sağlığın Önemi	7-15	12.33 $\pm$ 1.61
Öz Farkındalık	5-15	10.28 $\pm$ 1.56
Toplam	32-71	50.24 $\pm$ 6.71
SKETTÖ Alt Boyutları		
Algılanan Duyarlılık	19-43	29.99 $\pm$ 4.82
Algılanan Ciddiyet	13-39	27.50 $\pm$ 3.26
Algılanan Engel	13-29	20.83 $\pm$ 2.57
Algılanan Yarar	16-30	25.28 $\pm$ 3.45
Toplam	70-124	103.61 $\pm$ 8.72

Min-Maks: Minimum-Maksimum $\bar{x} \pm SS$: Ortalama $\pm$ Standart Sapma

Tablo 4.4'te kadınların SAÖ ve SKETTÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Katılımcıların SAÖ ve SKETTÖ alt boyutlarından aldıkları puanlar değişmekte olup, SAÖ alt boyutlarından kontrol merkezi ortalaması 16.68 $\pm$ 3.45, kesinlik ortalaması 10.94 $\pm$ 2.93, sağlığın önemi ortalaması 12.33 $\pm$ 1.61, öz farkındalık ortalaması 10.28 $\pm$ 1.56 ve toplam SAÖ ortalamasının 50.24 $\pm$ 6.71 olduğu belirlenmiştir.

Kadınların SKETTÖ alt boyutlarından algılanan duyarlılık ortalaması 29.99 $\pm$ 4.82, algılanan ciddiyet ortalaması 27.50 $\pm$ 3.26, algılanan engel ortalaması 20.83 $\pm$ 2.57, algılanan yarar ortalaması 25.28 $\pm$ 3.45 ve toplam SKETTÖ ortalamasının 103.61 $\pm$ 8.72 olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.5. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri ile SAÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (S=400)

Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri	Kontrol Merkezi	Kesinlik	Sağlığın Önemi	Öz Farkındalık	SAÖ Toplam
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Yaş					
30-39	16.65±3.86	11.43±3.33	12.18±1.69	10.40±1.84	50.67±7.33
40-49	16.97±3.11	11.14±2.69	12.41±1.48	10.29±1.42	50.83±6.16
50-59	16.92±2.92	10.28±2.38	12.72±1.53	10.21±1.23	50.14±5.70
60 ve üzeri	14.96±3.40	9.09±1.71	11.87±1.72	9.83±1.26	45.77±6.53
KW	8.950	21.972	9.468	3.772	13.384
p	0.030	0.000	0.024	0.287	0.004
Eğitim Durumu					
Okur-yazar değil	16.03±3.32	9.12±2.11	12.02±1.50	9.91±1.31	47.09±6.23
Okur-yazar	16.16±3.21	10.41±1.97	12.38±1.51	10.19±0.92	49.16±5.51
İlkokul	16.63±3.59	10.84±2.57	12.56±1.59	10.37±1.51	50.41±6.20
Ortaokul	17.04±2.80	11.45±2.93	12.16±1.49	10.04±1.23	50.70±5.97
Lise	17.40±3.15	11.80±2.93	12.58±1.37	10.24±1.67	52.02±7.06
Lisans ve Üzeri	17.17±3.75	12.82±3.48	12.10±1.94	10.73±2.08	52.83±7.41
KW	10.64	66.89	9.021	10.41	30.376
p	0.059	0.000	0.108	0.064	0.000

Yaşadığı Yer					
İl	16.68±3.47	11.06±2.92	12.37±1.57	10.29±1.63	50.41±6.76
İlçe	16.32±3.81	11.47±3.50	12.30±1.85	10.62±1.59	50.72±6.70
Köy	16.92±3.08	9.87±2.24	12.14±1.62	9.98±1.02	48.92±6.42
KW	0.361	9.669	1.262	4.113	2.288
p	0.835	0.008	0.532	0.128	0.319
Çalışma Durumu					
Evet	17.62±3.37	12.84±3.17	12.24±1.85	10.72±2.05	53.43±6.70
Hayır	16.52±3.44	10.61±2.76	12.35±1.56	10.21±1.46	49.70±6.57
Z	2.897	4.973	0.131	2.574	3.778
p	0.004	0.000	0.896	0.010	0.000
Gelir Düzeyi					
Gelir giderden az	16.52±3.10	10.34±2.63	11.74±1.72	9.97±1.52	48.58±6.32
Gelir-gider eşit	16.71±3.54	10.83±2.86	12.41±1.56	10.20±1.46	50.15±6.64
Gelir giderden fazla	16.71±3.45	12.17±3.29	12.67±1.56	11.08±1.85	52.66±6.96
ANOVA	0.083	6.762	6.206	9.482	5.834
p	0.920	0.001	0.002	0.000	0.003

Sağlık Güvencesi					
Evet	16.72±3.51	11.20±2.95	12.48±1.61	10.42±1.63	50.83±6.80
Hayır	16.56±3.29	10.20±2.73	11.92±1.52	9.89±1.28	48.58±6.20
t	0.408	3.044	3.094	3.014	2.985
p	0.684	0.002	0.002	0.003	0.003

KW: Kruskal-Wallis Z: Mann-Whitney U testi $\bar{x}$ ±SS: Ortalama ± Standart Sapma

Tablo 4.5'te kadınların sosyo-demografik özellikleri ile SAÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Yaş incelendiğinde, 60 yaş ve üzerinde olan kişilerin kontrol merkezi, kesinlik ve sağlığın önemi alt boyutlarının toplam puan ortalamasının ve SAÖ toplam puan ortalamasının ($\bar{X}=45.77\pm6.53$) diğer yaş gruplarından düşük olduğu ve bu farkın kontrol merkezi ($p=0.030$), kesinlik ($p=0.000$), sağlığın önemi ($p=0.024$) ve SAÖ toplamında ($p=0.004$) istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır.

Eğitim durumu incelendiğinde, okuryazar olmayan grubun kesinlik alt boyutu ve SAÖ toplam puan ortalamasının diğer gruplara göre daha düşük olduğu ve bu farkın kesinlik alt boyutunda ($p=0.000$) ve SAÖ toplamında ($p=0.000$) istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir.

Yaşanan yer incelendiğinde, köyde yaşayan kişilerin kesinlik alt boyutu puan ortalamasının ($\bar{X}=9.87\pm2.24$) il ve ilçede yaşayanlara göre daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p=0.008$).

Çalışma durumu incelendiğinde, çalışan kadınların kesinlik, kontrol merkezi ve öz farkındalık alt boyutlarındaki puan ortalamasının ve SAÖ toplam puan ortalamasının ($\bar{X}=53.43\pm6.70$) çalışmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın kontrol merkezi ($p=0.004$), kesinlik ($p=0.000$), öz farkındalık ($p=0.010$) alt boyutlarında ve SAÖ toplam puan ortalamasında ($p=0.000$) istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir.

Gelir düzeyi incelendiğinde, geliri giderden fazla olan kadınların SAÖ toplam puan ortalamasının ($\bar{X}=52.66\pm6.71$), kesinlik, sağlığın önemi ve öz farkındalık alt boyutları puan ortalamasının geliri giderden az olan kadınlara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın kesinlik ($p=0.001$), sağlığın önemi ($p=0.002$), öz farkındalık ($p=0.000$) alt boyutlarında ve SAÖ toplam puan ortalamasında ($p=0.003$) önemli olduğu bulunmuştur.

Sağlık güvencesi incelendiğinde, sağlık güvencesi olan kadınların SAÖ toplam puan ortalamasının ($\bar{X}=50.83\pm6.80$), güvencesi olmayan kadınlara ($\bar{X}=48.58\pm6.20$) göre yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p=0.003$). Bu farkın kesinlik ($p=0.002$), sağlığın önemi ($p=0.002$) ve öz farkındalık ($p=0.003$) alt boyutlarında istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.6. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri ile SKETTÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (S=400)

Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri	Algılanan Duyarlılık	Algılanan Ciddiyet	Algılanan Engel	Algılanan Yarar	SKETTÖ Toplam
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Yaş					
30-39	29.22±4.65	27.47±3.80	20.64±2.52	24.66±3.29	101.95±8.62
40-49	30.78±4.76	27.81±2.69	20.72±2.75	25.73±3.45	105.06±8.63
50-59	31.14±4.48	27.56±3.31	20.59±2.29	26.38±3.18	105.68±8.20
60 ve üzeri	27.80±5.51	26.51±1.92	22.80±1.77	23.83±3.87	100.96±8.88
KW	21.359	11.710	24.188	20.656	18.817
p	0.000	0.008	0.000	0.000	0.000
Eğitim Durumu					
Okur-yazar değil	29.81±5.25	27.19±2.72	21.44±2.40	25.21±3.83	103.67±8.49
Okur-yazar	29.63±4.51	27.61±3.61	21.30±2.05	24.83±3.88	103.38±10.05
İlkokul	30.56±4.54	27.71±2.98	20.46±2.72	25.80±3.10	104.56±7.44
Ortaokul	29.29±6.28	27.16±2.09	20.58±2.82	25.04±3.45	102.08±10.96
Lise	29.92±4.38	28.00±3.55	20.88±2.71	24.98±3.46	103.78±8.41
Lisans ve Üzeri	29.54±4.75	27.16±4.24	20.61±2.40	24.82±3.37	102.14±9.98
KW	4.172	3.977	11.589	4.560	4.279
p	0.525	0.553	0.041	0.472	0.510
Yaşadığı Yer					

İl	29.94±4.72	27.47±3.24	20.82±2.63	25.23±3.47	103.47±8.62
İlçe	30.20±5.50	28.17±4.49	20.57±2.63	25.07±3.63	104.02±10.46
Köy	30.14±4.92	27.20±2.12	21.05±2.18	25.67±3.19	104.07±7.96
KW	0.159	2.525	0.372	0.424	0.306
p	0.924	0.283	0.830	0.809	0.858
Çalışma Durumu					
Evet	30.17±4.85	27.81±3.35	20.44±2.31	25.60±2.92	104.03±9.03
Hayır	29.96±4.82	27.45±3.25	20.89±2.61	25.22±3.53	103.54±8.67
Z	0.165	1.464	1.440	0.629	0.122
p	0.869	0.150	0.150	0.529	0.903
Gelir Düzeyi					
Gelir giderden az	30.82±5.46	27.29±3.26	21.01±2.56	25.28±3.53	104.41±8.61
Gelir-gider eşit	29.84±4.65	27.45±3.19	20.84±2.50	25.33±3.48	103.47±8.75
Gelir giderden fazla	29.76±4.81	28.03±3.60	20.53±2.91	25.01±3.26	103.35±8.79
ANOVA	1.180	0.910	0.543	0.192	0.344
p	0.308	0.403	0.582	0.825	0.709

Sağlık Güvencesi					
Evet	30.03±4.69	27.63±3.40	20.79±2.57	25.25±3.46	103.70±8.65
Hayır	29.90±5.17	27.15±2.82	20.93±2.58	25.36±3.44	103.35±8.93
t	0.229	1.299	0.479	0.283	0.359
p	0.819	0.195	0.632	0.778	0.720

KW: Kruskal-Wallis Z: Mann-Whitney U testi $\bar{x}$ ±SS: Ortalama ± Standart Sapma

Tablo 4.6’da kadınların sosyo-demografik özellikleri ile SKETTÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Yaş incelendiğinde, algılanan duyarlılık, algılanan yarar ve algılanan ciddiyet alt boyutlarında ve SKETTÖ toplamında 30-39 yaş ve 60 ve üzeri yaş grubunun puan ortalamasının diğer gruplara göre düşük olduğu ve bu farkın algılanan duyarlılık alt boyutunda ($p=0.000$), algılanan ciddiyet ($p=0.008$), algılanan yarar ($p=0.000$) ve SKETTÖ toplamında ($p=0.000$) istatistiksel olarak önemli olduğu görülmüştür. Algılanan engel alt boyutunda ise 60 ve üzeri yaşta olan grubun puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p=0.000$).

Eğitim durumu incelendiğinde, algılanan engel alt boyutunda okuryazar olmayan kadınların puan ortalamasının ($\bar{X}=21.44\pm 2.40$) diğer gruplara göre daha fazla olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p=0.041$)

Tablo 4.7. Kadınlara İlişkin Menstruasyon ve Doğurganlık Özellikleri ile SAÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Kadınlara İlişkin Menstruasyon ve Doğurganlık Özellikleri	Kontrol Merkezi	Kesinlik	Sağlığın Önemi	Öz Farkındalık	SAÖ Toplam
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
İlk Adet Yaşı					
8-11	16.95±4.55	11.52±3.21	13.13±1.32	11.13±1.84	52.73±6.82
12-15	16.79±3.34	10.92±2.90	12.30±1.59	10.26±1.53	50.28±6.65
16-18	14.42±3.24	10.47±3.05	12.04±1.93	9.80±1.50	46.76±6.64
KW	10.678	1.957	5.829	5.792	8.923
p	0.005	0.376	0.054	0.055	0.012
İlk Evlenme Yaşı					
12-17	16.63±3.36	9.87±2.17	12.58±1.59	10.22±1.40	49.31±6.28
18-24	16.54±3.54	11.04±3.06	12.22±1.65	10.29±1.64	50.11±6.83
25-30	17.47±3.14	12.15±2.99	12.37±1.47	10.38±1.50	52.38±6.80
31 ve üzeri	15.72±3.49	10.45±1.63	12.72±1.34	10.09±1.57	49.00±4.95
KW	6.358	22.170	4.514	1.271	10.349
p	0.095	0.000	0.211	0.736	0.016
İlk Gebelik Yaşı (n=380)					
13-17	17.06±3.20	9.83±2.10	12.61±1.71	10.26±1.45	49.78±6.37
18-24	16.30±3.55	10.73±2.93	12.25±1.58	10.25±1.59	49.54±6.63
25-34	17.25±3.51	12.01±2.98	12.32±1.66	10.31±1.49	51.90±7.18

35 ve üzeri	17.16±2.85	10.16±1.72	12.50±1.37	10.16±2.22	50.00±5.25
KW	7.338	22.177	3.796	0.926	8.632
p	0.062	0.000	0.284	0.819	0.035
Toplam Doğum Sayısı					
Hiç doğum yapmamış	17.45±2.39	12.65±3.26	12.50±1.46	10.70±1.71	53.30±5.70
1-2	16.88±3.72	11.62±3.31	12.25±1.70	10.50±1.79	51.27±7.07
3-5	16.54±3.45	10.65±2.63	12.37±1.59	10.15±1.47	49.73±6.74
6 ve üzeri	16.46±3.19	9.96±2.40	12.31±1.55	10.12±1.26	48.87±5.69
KW	3.054	21.419	1.071	4.114	9.985
p	0.383	0.000	0.784	0.249	0.019
Adet Görme Durumu					
Evet	16.73±3.57	11.24±3.08	12.25±1.65	10.37±1.69	50.61±6.89
Hayır	16.55±3.18	10.27±2.45	12.51±1.51	10.09±1.24	49.44±6.28
Z	0.535	2.968	1.526	1.286	1.286
p	0.592	0.003	0.127	0.198	0.198
Menopoz yaşı (n=122)					
35-45	16.10±3.47	9.50±2.83	12.60±1.07	9.70±1.33	47.90±5.60
46-50	16.34±3.39	9.89±2.40	12.42±1.62	10.12±1.23	48.79±6.91
51 ve üzeri	16.73±2.99	10.55±2.40	12.53±1.51	10.12±1.17	49.95±5.87
KW	0.286	3.821	0.300	1.318	1.480
p	0.867	0.148	0.861	0.517	0.477

KW: Kruskal-Wallis Z: Mann-Whitney U testi $\bar{x}$ ±SS: Ortalama ± Standart Sapma

Tablo 4.7’de kadınların menstruasyon ve doğurganlık özellikleri ile SAÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

İlk adet yaşı incelendiğinde, yaş grubu büyük olan grubun SAÖ toplam puan ortalamasının ($\bar{X}=46.76\pm6.64$) diğer yaş gruplarına göre daha az olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p=0.012$).

İlk evlenme yaşı incelendiğinde, 12-17 yaş arasında evlenen grubun kesinlik alt boyutu puan ortalamasının ($\bar{X}=9.87\pm2.17$) ve SAÖ toplam puan ortalamasının ($\bar{X}=49.31\pm6.28$), 18-24 yaş ve 24-30 yaş gruplarına göre daha düşük olduğu ve bu farkın kesinlik alt boyutunda ($p=0.000$) ve SAÖ toplam puanında ($p=0.016$) istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir.

İlk gebelik yaşı incelendiğinde, 25-34 yaş grubunun kesinlik alt boyutu puan ortalamasının ($\bar{X}=12.01\pm2.98$) ve SAÖ toplam puan ortalamasının ($\bar{X}=51.90\pm7.18$) diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın kesinlik alt boyutunda ($p=0.000$) ve SAÖ toplam puanında ($p=0.035$) istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur.

Toplam doğum sayısı incelendiğinde, 6 ve üzerinde doğum yapan grubunun kesinlik alt boyutu puan ortalamasının ($\bar{X}=9.96\pm2.40$) ve SAÖ toplam puan ortalamasının ($\bar{X}=48.87\pm5.69$) diğer gruplara göre daha düşük olduğu ve bu farkın kesinlik alt boyutunda ($p=0.000$) ve SAÖ toplam puanında ($p=0.019$) istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir.

Adet görme durumu incelendiğinde, adet görenlerin kesinlik alt boyutu puan ortalamasının ($\bar{X}=11.24\pm3.08$) menopoza girmiş kadınların puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu ($\bar{X}=10.27\pm2.45$) ve bu farkın kesinlik alt boyutunda ($p=0.003$) istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.8. Kadınlara İlişkin Menstruasyon ve Doğurganlık Özellikleri ile SKETTÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Kadınlara İlişkin Menstruasyon ve Doğurganlık Özellikleri	Algılanan Duyarlılık	Algılanan Ciddiyet	Algılanan Engel	Algılanan Yarar	SKETTÖ Toplam
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
İlk Adet Yaşı					
8-11					
12-15	30.13±3.86	27.00±4.61	21.34±2.63	25.08±3.50	103.56±8.02
16-18	30.05±4.84	27.54±3.17	20.81±2.53	25.42±3.42	103.83±8.59
	28.95±5.45	27.47±3.18	20.52±3.07	23.00±3.13	99.95±10.94
KW	1.192	1.823	0.503	9.952	3.644
p	0.551	0.402	0.778	0.007	0.162
İlk Evlenme Yaşı					
12-17	30.41±4.66	27.61±3.09	21.48±2.28	25.86±3.13	105.38±8.30
18-24	29.96±5.03	27.55±3.42	20.64±2.66	25.07±3.58	103.23±8.74
25-30	29.47±4.38	26.89±2.95	20.61±2.54	25.22±3.42	102.20±9.35
31 ve üzeri	30.27±3.66	28.90±1.97	20.90±2.30	25.63±2.69	105.72±5.84
KW	1.287	5.697	6.140	2.451	5.105
p	0.732	0.127	0.105	0.484	0.164
İlk Gebelik Yaşı (n=380)					
13-17	30.58±5.03	27.83±3.20	21.30±2.36	25.85±3.41	105.56±9.10
18-24	30.03±4.85	27.57±3.13	20.76±2.65	25.16±3.49	103.54±8.49

25-34	29.30±4.65	27.15±3.64	20.96±2.35	25.16±3.48	102.57±8.74
35 ve üzeri	31.33±4.84	29.33±1.50	20.16±2.40	26.16±3.25	107.00±7.48
KW	3.206	5.560	2.528	2.171	5.014
p	0.361	0.135	0.470	0.538	0.171
Toplam Doğum Sayısı					
Hiç doğum yapmamış	30.15±4.46	26.60±3.58	19.90±2.90	25.10±3.11	101.75±9.90
1-2	29.69±4.25	27.54±3.87	20.62±2.40	25.00±3.29	102.86±8.23
3-5	30.16±5.08	27.92±2.78	20.93±2.66	25.36±3.43	104.38±8.45
6 ve üzeri	30.01±5.20	26.42±3.01	21.20±2.45	25.61±3.90	103.26±9.96
KW	0.749	13.069	5.791	2.332	2.810
p	0.862	0.004	0.122	0.506	0.422
Adet Görme Durumu					
Evet	29.84±4.69	27.68±3.42	20.67±2.65	25.05±3.36	103.26±8.82
Hayır	30.33±5.08	27.12±2.86	21.15±2.35	25.76±3.60	104.37±8.47
Z	0.984	2.774	1.668	2.109	1.224
p	0.325	0.006	0.095	0.035	0.221
Menopoz yaşı (n=122)					
35-45	31.00±2.86	28.70±3.09	21.20±2.39	25.70±3.02	106.60±4.06
41-45	30.00±4.85	26.73±3.01	21.12±2.15	25.65±3.91	103.51±8.26
51 ve üzeri	30.39±5.15	27.14±2.74	21.30±2.57	25.90±3.40	104.74±8.56
KW	0.154	5.413	0.702	0.134	0.529
p	0.926	0.067	0.704	0.935	0.768

KW: Kruskal-Wallis Z: Mann-Whitney U testi $\bar{x} \pm SS$: Ortalama $\pm$ Standart Sapma

Tablo 4.8’de kadınların menstruasyon ve doğurganlık özellikleri ile SKETTÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

İlk adet yaşı incelendiğinde, yaş grubu büyük olan grubunun algılanan yarar alt boyutu puan ortalamasının ($\bar{X}=23.00\pm3.13$) diğer yaş gruplarına göre daha az olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p=0.007$).

Toplam doğum sayısı incelendiğinde, 6 ve üzerinde doğum yapan grubunun algılanan ciddiyet alt boyutu puan ortalamasının ($\bar{X}=26.42\pm3.01$) diğer gruplara göre daha düşük olduğu, ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p=0.004$).

Adet görme durumu incelendiğinde, adet görenlerin algılanan ciddiyet alt boyutu puan ortalamasının ($\bar{X}=27.68\pm3.42$), menopoza girmiş kadınların puan ortalamasının ise ($\bar{X}=27.12\pm2.86$) olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p=0.006$). Adet görenlerin algılanan yarar alt boyutu puan ortalamasının ($\bar{X}=25.05\pm3.36$), menopoza girmiş kadınların puan ortalamasının ise ($\bar{X}=25.76\pm3.60$) olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p=0.03$).

Tablo 4.9. Kadınların Kansere İlişkin Sağlık Özellikleri ile SAÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (S=400)

Kansere İlişkin Sağlık Özellikleri	Kontrol Merkezi	Kesinlik	Sağlığın Önemi	Öz Farkındalık	SAÖ Toplam
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Ailede rahim ağzı kanseri öyküsü varlığı					
Evet	16.36±4.28	11.18±3.45	13.18±1.84	10.59±1.65	51.31±8.49
Hayır	16.96±3.40	10.92±2.90	12.28±1.58	10.26±1.56	50.18±6.60
Z	0.237	0.828	3.101	1.120	1.198
p	0.813	0.408	0.002	0.263	0.231
Evet ise kimde olduğu (n=22)					
Anne	18.00±2.82	15.00±1.41	13.00±0.00	11.00±0.00	57.00±1.41
Kız kardeş	18.42±1.61	12.57±2.29	12.85±2.67	10.42±1.27	54.28±6.49
Kızı	17.12±3.94	11.12±2.85	13.87±0.83	10.75±1.28	52.87±7.58
Teyze-Hala-Kuzen	11.60±4.97	7.80±3.89	12.60±2.07	10.40±2.96	42.40±8.84
ANOVA	3.968	3.959	0.586	0.096	3.355
p	0.025	0.025	0.632	0.961	0.042
Daha önce kanser tanısı alma durumu					
Evet	13.16±3.60	11.16±3.06	13.66±1.50	9.33±1.96	47.33±8.16
Hayır	16.73±3.42	10.93±2.93	12.31±1.60	10.30±1.56	50.28±6.69
Z	2.267	0.170	2.042	1.251	0.809

p	0.023	0.865	0.041	0.211	0.419
Jinekolojik Muayeneye					
Gitme Durumu					
Hiç gitmedim	15.35±3.67	9.82±2.48	11.29±0.91	10.35±1.36	46.82±5.98
Şikayetim olursa giderim	16.36±3.47	10.68±2.85	12.17±1.63	10.14±1.62	49.37±6.60
Kontrol amaçlı her yıl giderim	18.28±2.80	12.25±2.99	13.25±1.21	10.85±1.24	54.64±5.41
KW	22.552	19.627	41.323	17.755	42.707
p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Rahim ağzı kanseri duyma					
Evet	16.81±3.42	11.04±2.94	12.38±1.59	10.31±1.57	50.55±6.62
Hayır	14.15±2.96	9.00±1.77	11.50±1.73	9.75±1.33	44.40±5.86
Z	3.379	3.244	2.136	1.813	3.872
p	0.001	0.001	0.033	0.070	0.000
Duyduysa ilk nereden duyduğu					
Aile sağlığı merkezinde	17.06±3.80	11.07±2.86	12.50±1.61	10.53±1.60	51.17±6.10
Hastanede	17.22±3.32	11.30±3.19	12.61±1.66	10.89±1.59	52.04±6.31
Aileden veya arkadaştan	16.27±3.22	10.73±2.77	12.15±1.67	9.92±1.41	49.09±6.83
Televizyon veya internetten	17.20±3.24	11.34±3.13	12.44±1.24	10.27±1.61	51.27±6.81
ANOVA	2.039	0.939	1.741	7.239	4.251
p	0.108	0.422	0.158	0.000	0.006

Pap smear testini duyma					
Evet	16.97±3.35	11.12±2.93	12.48±1.63	10.38±1.57	50.96±6.68
Hayır	15.58±3.61	10.26±2.82	11.78±1.40	9.90±1.49	47.53±6.16
t	3.315	2.400	3.580	2.533	4.246
p	0.001	0.017	0.000	0.012	0.000
Pap smear testini yaptırma durumu					
Evet	18.00±2.83	11.32±2.81	12.92±1.43	10.75±1.38	53.00±5.53
Hayır	15.16±3.48	10.50±3.01	11.65±1.53	9.75±1.60	47.06±6.56
t	8.981	2.824	8.567	6.697	9.807
p	0.000	0.005	0.000	0.000	0.000
Pap smear testini yaptırdıysa kaç kez yaptırdığı					
1 kez	17.77±3.12	11.31±3.00	12.72±1.48	10.66±1.60	52.46±5.92
2 kez	18.54±2.42	11.22±2.55	13.01±1.46	10.57±1.11	53.35±5.18
3-5 kez	17.64±2.65	11.41±2.90	13.30±1.23	11.30±1.15	53.66±5.18
6 ve üzeri kez	17.80±3.03	12.20±1.78	13.00±1.00	10.80±0.83	53.80±5.31
KW	5.017	0.017	3.702	7.963	2.331
p	0.081	0.992	0.157	0.019	0.312
En son pap smear testi yaptırma zamanı					
0-12 ay	17.89±2.68	11.11±2.62	13.05±1.33	10.69±1.34	52.76±5.24
13-24 ay	17.85±3.20	11.08±3.05	12.91±1.36	10.85±1.35	52.70±6.37

25ay-5 yıl	18.50±2.56	11.63±2.96	12.63±1.64	10.78±1.47	53.55±5.28
5 yıl üzeri	17.61±3.15	11.84±2.69	13.11±1.45	10.69±1.46	53.26±5.58
KW	2.842	1.992	2.689	0.722	0.689
p	0.417	0.574	0.442	0.868	0.876

Tablo 4.9’da kadınların kansere ilişkin sağlık özellikleri ile SAÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Ailede rahim ağzı kanseri öyküsünün varlığı incelendiğinde, öyküsü olan grubun sağlığın önemi alt boyutu puan ortalamasının ($\bar{X}=13.18\pm1.84$) öyküsü olmayan gruba göre daha fazla olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p=0.002$).

Ailede rahim ağzı kanseri varsa kimde olduğu incelendiğinde, teyze-hala-kuzen grubunun kontrol merkezi alt boyutu ($\bar{X}=11.60\pm4.97$), kesinlik alt boyutu ($\bar{X}=7.80\pm3.89$) ve SAÖ toplam puan ortalamasının ($\bar{X}=42.40\pm8.84$) birinci derece yakınında bulunanlara göre daha düşük olduğu ve bu farkın kontrol merkezi alt boyutu ($p=0.025$), kesinlik alt boyutu ($p=0.025$) ve SAÖ toplam puan ortalaması ($p=0.042$) ile istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir.

Daha önce kanser tanısı alma durumu incelendiğinde, kontrol merkezi alt boyutunda tanı alanların puan ortalamasının ($\bar{X}=13.16\pm3.60$) tanı almayanlara göre daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p=0.023$). Sağlığın önemi alt boyutunda tanı alanların puan ortalamasının ($\bar{X}=13.66\pm1.50$) tanı almayanlara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p=0.041$).

Jinekolojik muayeneye gitme durumu incelendiğinde, kontrol amaçlı her yıl muayeneye giden grubun puan ortalamasının kontrol merkezi alt boyutunda ($\bar{X}=18.28\pm2.80$), kesinlik alt boyutunda ($\bar{X}=12.25\pm2.99$), sağlığın önemi alt boyutunda ($\bar{X}=13.25\pm1.21$), öz farkındalık alt boyutunda ($\bar{X}=10.85\pm1.24$) ve SAÖ toplam puan ortalamasında ($\bar{X}=54.64\pm5.41$) diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p=0.000$).

Rahim ağzı kanserini duyma durumu incelendiğinde, duyan grubun puan ortalamasının kontrol merkezi alt boyutunda ($\bar{X}=16.81\pm3.42$), kesinlik alt boyutunda ($\bar{X}=11.04\pm2.94$), sağlığın önemi alt boyutunda ($\bar{X}=12.38\pm1.59$) ve SAÖ toplam puan ortalamasında ($\bar{X}=50.55\pm6.62$) duymayanlara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın kontrol merkezinde ($p=0.001$), kesinlik alt boyutunda ($p=0.001$), sağlığın önemi alt boyutunda ($p=0.033$) ve SAÖ toplam puan ortalamasında ($p=0.000$) istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir.

Rahim ağzı kanserini duyduysa ilk nereden duyduğu incelendiğinde, hastanede duyan grubun öz farkındalık alt boyutu ($\bar{X}=10.89\pm1.59$) ve SAÖ toplam puan ortalamasının ($\bar{X}=52.04\pm6.31$) diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın öz

farkındalık alt boyutu ($p=0.000$) ve SAÖ toplam puan ortalamasında ($p=0.006$) istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur.

Pap smear testini duyma durumu incelendiğinde, duyanların ortalama puanlarının kontrol merkezi alt boyutunda ($\bar{X}=16.97\pm3.35$), kesinlik alt boyutunda ($\bar{X}=11.12\pm2.93$), sağlığın önemi alt boyutunda ($\bar{X}=12.48\pm1.63$), öz farkındalık alt boyutunda ($\bar{X}=10.38\pm1.57$) ve SAÖ toplam puan ortalamasında ($\bar{X}=50.96\pm6.68$) duymayanlara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın kontrol merkezinde ($p=0.001$), kesinlik alt boyutunda ($p=0.017$), sağlığın önemi alt boyutunda ($p=0.000$), öz farkındalık alt boyutunda ($p=0.012$) ve SAÖ toplam puan ortalamasında ($p=0.000$) istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir.

Pap smear testini yaptıрма durumu incelendiğinde, testi yaptıranların ortalama puanlarının kontrol merkezi alt boyutunda ($\bar{X}=18.00\pm2.83$), kesinlik alt boyutunda ($\bar{X}=11.32\pm2.81$), sağlığın önemi alt boyutunda ($\bar{X}=12.92\pm1.43$), öz farkındalık alt boyutunda ($\bar{X}=10.75\pm1.38$) ve SAÖ toplam puan ortalamasında ($\bar{X}=53.00\pm5.53$) testi yaptırmayanlara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın kontrol merkezinde ($p=0.000$), kesinlik alt boyutunda ($p=0.005$), sağlığın önemi alt boyutunda ($p=0.000$), öz farkındalık alt boyutunda ($p=0.000$) ve SAÖ toplam puan ortalamasında ($p=0.000$) istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur.

Pap smear testini yaptırdıysa kaç kez yaptırdığı durum incelendiğinde, öz farkındalık alt boyutunda testi 3-5 kez yaptıran grubun puan ortalamasının ($\bar{X}=11.30\pm1.15$) diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p=0.019$).

Tablo 4.10. Kadınların Kansere İlişkin Sağlık Özellikleri ile SKETTÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (S=400)

Kansere İlişkin Sağlık Özellikleri	Algılanan Duyarlılık	Algılanan Ciddiyet	Algılanan Engel	Algılanan Yarar	SKETTÖ Toplam
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Ailede rahim ağzı kanseri öyküsü varlığı					
Evet	34.45±5.84	28.04±3.38	20.77±2.56	26.50±3.50	109.77±10.33
Hayır	29.73±4.63	27.47±3.26	20.83±2.57	25.20±3.44	103.25±8.49
Z	3.481	1.180	0.086	1.885	2.887
p	0.000	0.238	0.931	0.059	0.004
Evet ise kimde olduğu (n=22)					
Anne	34.50±6.36	26.50±3.53	17.50±4.94	27.00±4.24	105.50±19.09
Kız kardeş	37.14±4.98	27.00±3.00	20.85±2.26	28.42±2.22	113.42±9.05
Kızı	35.37±6.09	28.87±3.09	21.75±1.66	26.25±3.77	112.25±8.86
Teyze-Hala-Kuzen	29.20±4.26	28.80±4.65	20.40±2.88	24.00±3.60	102.40±9.83
ANOVA	2.246	0.566	1.655	1.755	1.509
p	0.118	0.644	0.212	0.192	0.246
Daha önce kanser tanısı alma durumu					
Evet	34.66±7.20	28.50±4.03	20.33±2.94	26.83±2.63	110.33±9.99
Hayır	29.92±4.75	27.49±3.25	20.83±2.56	25.25±3.46	103.51±8.67
Z	2.015	0.162	0.154	1.061	1.787
p	0.044	0.872	0.877	0.289	0.074

Jinekolojik Muayeneye					
Gitme Durumu					
Hiç gitmedim	28.41±4.40	28.11±3.14	22.64±2.08	22.94±2.90	102.11±6.59
Şikayetim olursa giderim	29.47±4.77	27.56±3.21	20.91±2.51	24.94±3.42	102.89±8.70
Kontrol amaçlı her yıl giderim	32.55±4.25	27.13±3.52	20.04±2.66	27.21±2.89	106.94±8.50
KW	28.162	0.720	16.667	38.468	15.685
p	0.000	0.698	0.000	0.000	0.000
Rahim ağzı kanseri duyma					
Evet	30.11±4.79	27.56±3.26	20.77±2.58	25.40±3.40	103.86±8.67
Hayır	27.75±4.94	26.45±3.23	21.80±2.09	22.95±3.70	98.95±8.56
Z	2.079	1.700	1.610	2.905	2.359
p	0.038	0.089	0.107	0.004	0.018
Duyduysa ilk nereden duyduğu					
Aile sağlığı merkezinde	30.92±4.42	27.85±3.36	20.83±2.56	26.07±3.43	105.69±8.16
Hastanede	32.05±4.22	27.25±3.46	19.80±2.85	26.19±3.75	105.30±8.81
Aileden veya arkadaştan	29.39±5.23	27.49±2.69	21.01±2.57	24.71±3.32	102.60±9.01
Televizyon veya internetten	28.53±3.88	27.62±4.12	21.22±1.97	25.08±2.76	102.46±7.54
ANOVA	8.458	0.533	4.340	5.012	3.900
p	0.000	0.660	0.005	0.002	0.009
Pap smear testini duyma					
Evet	30.80±4.87	27.56±3.14	20.63±2.65	25.83±3.36	104.83±8.56
Hayır	26.96±3.15	27.30±3.68	21.57±2.07	23.17±2.95	99.02±7.77
t	6.849	0.625	3.002	6.601	5.633

p	0.000	0.533	0.003	0.000	0.000
Pap smear testini yaptırma durumu					
Evet	33.00±3.71	27.70±3.23	20.33±2.67	27.31±2.60	108.35±6.63
Hayır	26.54±3.43	27.27±3.29	21.40±2.33	22.93±2.75	98.16±7.57
t	17.941	1.302	4.242	16.343	14.341
p	0.000	0.194	0.000	0.000	0.000
Pap smear testini yaptırdıysa kaç kez yaptırdığı					
1 kez	32.19±3.75	26.99±2.88	20.71±2.67	27.06±2.56	106.95±6.58
2 kez	33.62±3.32	28.15±2.89	20.14±2.65	27.81±2.52	109.74±5.75
3-5 kez	33.38±3.64	28.74±4.29	19.87±2.60	26.92±2.79	108.92±7.48
6 ve üzeri kez	37.40±4.61	27.60±2.07	19.00±2.73	28.60±2.07	112.60±7.76
KW	7.124	4.621	5.631	6.993	7.814
p	0.028	0.099	0.060	0.030	0.020
En son pap smear testi yaptırma zamanı					
0-12 ay	32.84±3.73	28.37±3.34	20.41±2.57	27.24±2.59	108.87±7.07
13-24 ay	33.27±3.76	27.31±3.54	19.93±2.78	27.48±2.56	108.02±6.72
25ay-5 yıl	33.48±3.71	26.94±2.83	20.40±2.60	27.23±2.81	108.05±6.76
5 yıl üzeri	32.07±3.58	27.65±2.66	20.61±2.98	27.42±2.38	107.76±4.52
KW	2.693	5.789	0.782	0.397	1.946
p	0.441	0.122	0.854	0.941	0.584

Tablo 4.10’da kadınların kansere ilişkin sağlık özellikleri ile SKETTÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Ailede rahim ağzı kanseri öyküsünün varlığı incelendiğinde, öyküsü olan grubun algılanan duyarlılık alt boyutu puan ortalamasının ($\bar{X}=34.45\pm5.84$) ve SKETTÖ toplam puan ortalamasının ($\bar{X}=109.77\pm10.33$), öyküsü olmayan gruba göre daha fazla olduğu ve bu farkın algılanan duyarlılık alt boyutunda ($p=0.000$) ve SKETTÖ toplam puanında ($p=0.004$) istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur.

Daha önce kanser tanısı alma durumu incelendiğinde, algılanan duyarlılık alt boyutunda tanı alanların puan ortalamasının ($\bar{X}=34.66\pm7.20$) tanı almayanlara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p=0.044$).

Jinekolojik muayeneye gitme durumu incelendiğinde, kontrol amaçlı her yıl muayeneye giden grubun puan ortalamasının algılanan duyarlılık, algılanan yarar alt boyutlarının ve SKETTÖ toplam puan ortalamaları sırasıyla ($\bar{X}=32.55\pm4.25$), ($\bar{X}=27.21\pm2.89$) ve ($\bar{X}=106.94\pm8.50$) olarak, diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur ve aradaki bu farkın algılanan duyarlılık alt boyutunda ($p=0.000$), algılanan yarar alt boyutunda ($p=0.000$) ve SKETTÖ toplam puan ortalamasında ($p=0.000$) istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir. Algılanan engel alt boyutunda ise jinekolojik muayeneye hiç gitmeyenlerin puan ortalamasının ($\bar{X}=22.64\pm2.08$) diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p=0.000$).

Rahim ağzı kanserini duyma durumu incelendiğinde, duyan grubun puan ortalamasının algılanan duyarlılık alt boyutunda ($\bar{X}=30.11\pm4.79$), algılanan yarar alt boyutunda ($\bar{X}=25.40\pm3.40$) ve SKETTÖ toplam puan ortalamasında ($\bar{X}=103.86\pm8.67$) duymayanlara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın algılanan duyarlılık alt boyutunda ($p=0.038$), algılanan yarar alt boyutunda ($p=0.004$) ve SKETTÖ toplam puan ortalamasında ($p=0.018$) istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur.

Rahim ağzı kanserini duyduysa ilk nereden duyduğu incelendiğinde, hastanede veya aile sağlığı merkezinde duyan grupların algılanan duyarlılık alt boyutunda sırasıyla ($\bar{X}=32.05\pm4.22$) ve ($\bar{X}=30.92\pm4.42$), algılanan yarar alt boyutunda sırasıyla ($\bar{X}=26.19\pm3.75$) ve ($\bar{X}=26.07\pm3.43$) ve SKETTÖ toplam puan ortalamasının sırasıyla ($\bar{X}=105.30\pm8.81$) ve ($\bar{X}=105.69\pm8.16$) olduğu ve diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu farkın algılanan duyarlılık alt boyutu ($p=0.000$), algılanan yarar alt boyutu ($p=0.002$) ve SKETTÖ toplam puan ortalamasında ($p=0.009$) istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur.

Pap smear testini duyma durumu incelendiğinde, duyanların ortalama puanlarının algılanan duyarlılık alt boyutunda ($\bar{X}=30.80\pm4.87$), algılanan yarar alt boyutunda ($\bar{X}=25.83\pm3.36$) ve SKETTÖ toplam puan ortalamasında ($\bar{X}=104.83\pm8.56$) duymayanlara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın algılanan duyarlılık alt boyutunda ($p=0.000$), algılanan yarar alt boyutunda ($p=0.000$) ve SKETTÖ toplam puan ortalamasında ($p=0.000$) istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur. Algılanan engel alt boyutunda ise testi duymayanların puan ortalamasının ($\bar{X}=21.57\pm2.07$) duyanlara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p=0.003$).

Pap Smear testini yaptıрма durumu incelendiğinde, testi yaptıranların ortalama puanlarının algılanan duyarlılık alt boyutunda ($\bar{X}=33.00\pm3.71$), algılanan yarar alt boyutunda ($\bar{X}=27.31\pm2.60$) ve SKETTÖ toplam puan ortalamasında ($\bar{X}=108.35\pm6.63$) testi yaptırmayanlara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın algılanan duyarlılık alt boyutunda ($p=0.000$), algılanan yarar alt boyutunda ($p=0.000$) ve SKETTÖ toplam puan ortalamasında ($p=0.000$) istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur. Algılanan engel alt boyutunda ise testi yaptırmayanların puan ortalamasının ($\bar{X}=21.57\pm2.07$) yaptıranlara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p=0.000$).

Pap Smear testini yaptırdıysa kaç kez yaptırdığı durum incelendiğinde, 6 ve üzeri sayıda test yaptıran grubun algılanan duyarlılık alt boyutunda puan ortalamasının ($\bar{X}=37.40\pm4.61$), algılanan yarar alt boyutunda puan ortalamasının ($\bar{X}=28.60\pm2.07$) ve SKETTÖ toplam puan ortalamasının ($\bar{X}=112.60\pm7.76$) diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın algılanan duyarlılık alt boyutunda ($p=0.028$), algılanan yarar alt boyutunda ($p=0.030$) ve SKETTÖ toplam puan ortalamasında ($p=0.020$) istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.11. SAÖ Alt Boyutları ile SKETTÖ Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (S=400)

SAÖ	SKETTÖ									
	Algılanan Duyarlılık		Algılanan Ciddiyet		Algılanan Engel		Algılanan Yarar		Toplam	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Kontrol Merkezi	.489	.000	-.069	.168	-.301	.000	.639	.000	.408	.000
Kesinlik	.239	.000	-.125	.012	-.283	.000	.282	.000	.113	.023
Sağlığın Önemi	.468	.000	.201	.000	-.051	.311	.424	.000	.487	.000
Öz Farkındalık	.480	.000	.209	.000	-.045	.369	.334	.000	.463	.000
Toplam	.580	.000	.007	.893	-.301	.000	.631	.000	.484	.000

r: Pearson Korelasyon Katsayısı *p<0.05

Tablo 4.11’de SAÖ alt boyutları ile SKETTÖ alt boyutları ve toplam puanları ortalamalarının ilişkisi verilmiştir. SKETTÖ Algılanan Duyarlılık alt boyutu ile SAÖ Kontrol Merkezi alt boyutu arasında ($r=0.489$); Kesinlik alt boyutu arasında ($r=0.239$), Sağlığın Önemi alt boyutu arasında ($r=0.468$), Öz Farkındalık alt boyutu arasında ($r=0.480$) ve SAÖ toplam puanı arasında ($r=0.580$) pozitif yönde ve istatistiksel olarak önemli bir ilişkinin olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

SKETTÖ Algılanan Ciddiyet alt boyutu ile SAÖ Sağlığın Önemi alt boyutu arasında ($r=0.201$), Öz Farkındalık alt boyutu arasında ($r=0.209$) pozitif yönde, Kesinlik alt boyutu arasında ($r=0.125$) negatif yönde ve istatistiksel olarak önemli bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

SKETTÖ Algılanan Engel alt boyutu ile SAÖ Kontrol Merkezi alt boyutu arasında ($r=0.301$); Kesinlik alt boyutu arasında ($r=0.283$) ve SAÖ toplam puanı arasında ($r=0.301$) negatif yönde ve istatistiksel olarak önemli bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

SKETTÖ Algılanan Yarar alt boyutu ile SAÖ Kontrol Merkezi alt boyutu arasında ($r=0.639$); Kesinlik alt boyutu arasında ($r=0.282$), Sağlığın Önemi alt boyutu arasında ($r=0.424$), Öz Farkındalık alt boyutu arasında ($r=0.334$) ve SAÖ toplam puanı arasında ($r=0.631$) pozitif yönde ve istatistiksel olarak önemli bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

SKETTÖ toplam puan ortalaması ile SAÖ Kontrol Merkezi alt boyutu arasında ($r=0.408$); Kesinlik alt boyutu arasında ($r=0.113$), Sağlığın Önemi alt boyutu arasında ($r=0.487$), Öz Farkındalık alt boyutu arasında ($r=0.463$) ve SAÖ toplam puanı arasında ($r=0.484$) pozitif yönde ve istatistiksel olarak önemli bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).



5. TARTIŞMA

Bu bölümde kadınların sağlık algısı ile serviks kanserini erken tanılamaya yönelik tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen veriler, literatür araştırmasından elde edilen bilgiler doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Kadınların Serviks Kanseri ve Pap Smear Testine İlişkin Özelliklerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan kadınların %95.0 ile büyük çoğunluğunun rahim ağzı kanserini duyduğu görülmüştür (Tablo 4.3). Bu araştırma sonuçlarına paralel olarak; Kürtüncü ve arkadaşları ile Uludağ ve arkadaşlarının çalışmalarında, kadınların çoğunluğunun serviks kanserini duyduğu belirlenmiştir (81,82).

Bu çalışmada katılımcıların %79.0'ının Pap Smear testini duyduğu saptanmıştır (Tablo 4.3). Türkiye'de yapılan bazı çalışmalarda, bu araştırma sonuçlarına benzer olarak kadınların çoğunluğunun Pap Smear testini duydukları belirlenmiştir (65,81,82,84). Bu çalışmaya benzer şekilde Kürtüncü ve arkadaşları ile Önal ve Alp Yılmaz'ın yaptıkları çalışmalarda, katılımcıların çoğunluğunun Pap Smear testini bildikleri bildirilmiştir (82,84). Gabon ve Tayland'da yapılan çalışmalarda Pap Smear testini duymanın %28 ile %96 arasında farklılık gösterdiği saptanmıştır (90,91). Buna karşılık katılımcıların Pap Smear testini bilme oranlarının daha düşük olduğu çalışmalar da mevcuttur (92,93). Bu farklılığın oluşmasında araştırmaların uygulandığı zaman, yer ve kurumlar ile araştırmaya katılanların yaş, eğitim düzeyi, meslek gibi sosyo-demografik etmenlerin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada serviks kanseri hakkında bilgisi olduğunu ifade eden kadınların çoğunluğu, bilgi kaynağının aile sağlığı merkezi ya da hastanedeki sağlık personeli olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.3). Türkiye'deki çalışmalar incelendiğinde bu çalışmayla benzer sonuçlar bulunmuştur. Çetişli ve arkadaşlarının İzmir'de yaptığı çalışmada katılımcıların %61.9'u, İnan'ın ise Diyarbakır'da yaptığı çalışmada katılımcıların %94.3'ü bilgiyi sağlık çalışanından aldığını belirtmiştir (29,93). Yurt dışı literatür tarandığında, yapılan çalışma sonuçlarına göre bilgi kaynağı olarak en fazla sağlık personellerinin olduğu belirlenmiştir (55,87,94). Tüm bu araştırmalardaki veriler ışığında kadınların serviks kanseri ve taraması hakkındaki bilgi düzeyi ve farkındalığının artırılmasındaki kilit rol sağlık çalışanlarındadır.

Araştırma verilerine göre Pap Smear testini bilen kadınların %53.5'i bu testi yaptırmıştır (Tablo 4.3). Pap Smear testi yaptıрма düzeyleri, dünyada bölgeler arasında değişmektedir. Akyüz ve arkadaşlarının jinekolojik muayeneye başvuran kadınlarda yaptıkları araştırmada, kadınların üçte birinin testin neden yapıldığını bilmediklerini, kalanların ise testi ne sıklıkta yaptırmaları gerektiğini bilmediklerini belirlemişlerdir (26). Behbakht ve arkadaşlarının 146 kadınla yaptıkları çalışmada, 36 kadının hiç test yaptırmadığı ve bu kadınların çeyreğinin tarama testinin ne olduğu hakkında bir fikirlerinin olmadığı, kalanların ise test hakkında doğru bilgiye sahip olmadıkları belirtilmiştir (95). Can ve arkadaşlarının kadın sağlık çalışanlarına yönelik yaptığı araştırmada, 40 yaş üzerindeki kadınların Pap Smear yaptıрма oranının %58.0 olduğu belirtilmiştir. Ayrıca Pap Smear hakkında bilgisi olan katılımcıların ise %50.7'si testi yaptırdığını ifade etmiştir (86). Atlas ve Er Güneri'nin yaptığı çalışmada, katılımcıların %70'inin Pap Smear testini yaptırdığı belirlenmiştir (96). Sırbistan'da Kesic ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada daha önce Pap Smear testi yaptıran katılımcılar %65.9 olarak belirtilmiştir (97). Literatür incelendiğinde çalışma sonuçları ile bu araştırma sonuçları paralellik göstermektedir (65,81,82,86,96-98).

Serviks kanserinin Pap Smear testi kullanımı sonucu erken tanılanması ile morbidite ve mortalitesinde düşüşler olmuştur. Yine de kadınların taramaya olan katılımları henüz hedeflenen seviyeye ulaşmamıştır (7). Bu çalışmada yer alan kadınların yarısından fazlasının Pap Smear testi yaptırmaması sevindirici bir bulgu olsa da testi yaptırmama konusundaki risk etmenlerinin ve bu testin bilinmemesi korunma, erken tanı ve tedavi yöntemlerinin kullanılmaması sonucunu doğurmaktadır.

5.2. Kadınların SAÖ Alt Boyut ve Toplam Puanı ile SKETTÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Tartışılması

Bu araştırmada kadınların sağlık algısı puan ortalamasının 50.24 ± 6.71 olduğu ve yüksek düzeyde sağlık algısına sahip oldukları belirlenmiştir (Tablo 4.4). Literatürde sağlık algısına yönelik yapılmış diğer araştırmalar incelendiğinde; Uysal ve Ünal Toprak'ın kadınların sağlık algıları, kanser taramalarına yönelik tutumları ve etkileyen faktörlerin saptanması amacıyla yapmış oldukları çalışmada, sağlık algısı toplam puan ortalamasının 53.33 ± 6.50 olduğu bulunmuştur (22). Karakoyunlu Şen ve Kılıç Öztürk'ün kişilerin kanser taramalarını bilme ve yaptıрма durumu ile sağlık algısı arasındaki ilişkiyi irdelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, katılımcıların sağlık algısı puan ortalaması $50,18 \pm 9,86$ olarak bulunmuştur (65). Çalışmalardaki sağlık algısı puan ortalaması paralellik göstermektedir. Uysal ve Ünal Toprak'ın yaptıkları çalışmada, SAÖ toplam

puanı, kontrol ve sağığın önemi alt boyutu toplam puanı arttıkça kanser taramalarına yönelik tutum ölçeğı toplam puanı da artmaktadır. Aralarında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak önemli bir ilişki olduğı bulunmuştur (22). Çin’de Leung ve Leung tarafından rahim ağzı kanseri taraması, Hong Konglu Çinli kadınlar arasında bilgi, sağık algısı ve katılım oranı konulu çalışmada, özellikle rahim ağzı kanseri risk faktörleri hakkında bilgi eksikliğınin ve sağık üzerinde algılanan kontrolün öneminin, rahim ağzı kanseri taramasını etkileyen önemli faktörler olduğı tespit edilmiştir (23).

Ayrıca çalışma yaptığımız bireylerin SAÖ alt boyut puanları da incelenmiştir (Tablo 4.4). Kadınların sağık algısı ile serviks kanserini erken tanılamaya yönelik tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada, kontrol merkezi alt boyutundan alınan puan ortalaması 16.68 ± 3.45 ’dir ve sonuç yüksek bulunmuştur. SAÖ sağığın önemi alt boyut puanı 12.33 ± 1.61 , öz farkındalık alt boyut puanı 10.28 ± 1.56 olarak bulunmuştur. Uysal ve Ünal Toprak’ın yaptıkları çalışmada, kontrol merkezi alt boyutu puan ortalaması 17.22 ± 3.70 olarak yüksek bulunmuştur. Sağığın önemi alt boyutu puan ortalaması 11.34 ± 2.09 , öz farkındalık alt boyutu puan ortalaması 11.45 ± 1.82 olarak belirlenmiştir (22). Çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir. Çalışma sonuçları paralellik göstermektedir.

Bu araştırmada, SAÖ kesinlik alt boyut puanının 10.94 ± 2.93 olduğı bulunmuştur (Tablo 4.4). Uysal ve Ünal Toprak’ın yaptıkları çalışmada, kesinlik alt boyutu puan ortalaması 13.31 ± 3.88 olarak bulunmuştur (22). Çalışma sonuçları farklılık göstermektedir. Bu araştırmanın daha düşük sonuçlara sahip olmasındaki farklılığın, yaşanan yer ve eğitim düzeyi gibi sosyo-demografik özelliklerden kaynaklı olduğı düşünülmektedir.

Bu araştırmada, kadınların SKETTTÖ puan ortalamasının 103.61 ± 8.72 olduğı ve bu değerin yüksek olduğı saptanmıştır (Tablo 4.4). Ayrıca literatürde, serviks kanseri erken tanısına yönelik tutumları belirlemeye yönelik yapılmış araştırmalara bakıldığında; Gözüyeşil ve arkadaşlarının kadınların serviks kanserinden korunma ve erken tanıya yönelik tutumlarının değerlendirilmesi konulu çalışmada, ölçek toplam puan ortalaması 77.49 ± 11.2 olarak orta düzeyde bulunmuştur (83). Durmaz ve arkadaşlarının yaptıkları kadınlarda serviks kanserinin tanısına ilişkin tutum ve düzenli jinekolojik muayene ilişkisinin kesitsel olarak değerlendirilmesi konulu çalışmada, ölçek toplam puan ortalaması $85,28 \pm 9,86$ olarak orta düzeyde belirlenmiştir (99). Önal ve Alp Yılmaz’ın yaptıkları kadınların sağık sorumluluğı ile serviks kanseri erken tanısına yönelik tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi konulu çalışmada, ölçek toplam puan

ortalaması 74.34 ± 8.38 olarak orta düzeyde saptanmıştır (84). Çalışma sonuçlarının literatürdeki bu araştırma sonuçlarına göre yüksek çıkmasının sebebinin kadınların sosyo-demografik özellikleri ve kansere ilişkin sağlık özelliklerinin farklılığına bağlı olarak gelişmiş olduğu düşünülmektedir.

Çalışma yaptığımız bireylerin SKETTÖ alt boyut puanları da incelenmiştir (Tablo 4.4). Duyarlılık; bireylerin belirli bir hastalığa yakalanma riskini ve konulan teşhisin kabullenilmesini kapsar. Bireylerde algılanan duyarlılığın artması, hastalığın oluşma riskini azaltmaya yönelik olumlu sağlık davranışını eyleme dökme olasılığını artıracaktır (100). Bu çalışmada, algılanan duyarlılık alt boyutundan alınan ortalama puan 29.99 ± 4.82 olarak bulunmuştur. Ersin ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, duyarlılık algısı puan ortalamasının 26.87 ± 4.56 olarak orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (85). Gözüyeşil ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada duyarlılık algısı puan ortalamasının 24.29 ± 4.7 , Durmaz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada 24.04 ± 3.81 ve Önal ve Alp Yılmaz'ın yaptıkları çalışmada 24.81 ± 3.59 olarak düşük olduğu belirlenmiştir (83,84,99). İncelenen literatür sonuçlarına göre algılanan duyarlılık alt boyutundan alınan ortalama puan diğer çalışmalara göre daha yüksek bulunmuştur. Algılanan duyarlılığın artışı ile taramalardaki katılım oranının artması öngörülmektedir. Serviks kanseri riski olduğunu düşünen kadınların taramalara katılma oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (101). Araştırmamızda algılanan duyarlılık alt boyutu puan ortalamasının orta düzeyde olduğu ancak Türkiye'de yapılan çalışmalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmadaki kadınların duyarlılık alt boyutunun orta düzeyde olmasının sebebi, yaşamış oldukları çevrenin sosyal ve ekonomik seviyesine bağlı olmakla birlikte, kültürel etmenlerden de kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Ciddiyet algısı; kişinin hastalığa yakalanma ciddiyeti, hastalığın tedavisinin olmadığı, ölüm, sakatlık, ağrı gibi sonuçları değerlendirmesi, iş, aile ve sosyal yaşantısına hastalığın etkisi hakkındaki duygu ve düşünceleridir (101). Bu çalışmada, algılanan ciddiyet alt boyutundan alınan ortalama puan 27.50 ± 3.26 olarak bulunmuştur. Ersin ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, algılanan ciddiyet puan ortalamasının 19.23 ± 4.80 , Gözüyeşil ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada 19.42 ± 5.4 , Durmaz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada 20.26 ± 4.11 ve Önal ve Alp Yılmaz'ın yaptıkları çalışmada 19.54 ± 4.05 olarak düşük olduğu belirlenmiştir (83-85,99). İncelenen literatür sonuçlarına göre algılanan ciddiyet alt boyutundan alınan ortalama puan diğer çalışmalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun bireylerin ailesinde veya yakınlarında serviks kanseri

tanısı olan kişiler olsa dahi kötü sonuçlarla karşılaşmamış olmalarından veya kültürel etmenler nedeniyle olabileceği düşünülmektedir.

Algılanan engel, sağlıkla ilgili harekete geçmenin olumsuz ve rahatsız edici yönlerini ifade etmektedir (85). Algılanan engelin bireylerin serviks kanserine yönelik koruyucu davranışlarını negatif yönde etkilediği saptanmıştır. Algılanan duyarlılık, ciddiyet ve yarar algıları, ancak algılanan engellerin etkisinde düşüşe neden olursa davranış hayata geçirilir (102,103). Çalışmada algılanan engel alt boyutundan alınan ortalama puan 20.83 ± 2.57 olarak bulunmuştur. Ersin ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada algılanan engel puan ortalamasının 21.73 ± 4.85 , Gözüyeşil ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada 21.09 ± 3.0 olarak yüksek olduğu belirlenmiştir (83,85). Çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir. Bu çalışma sonuçlarından düşük olarak; Önal ve Alp Yılmaz'ın yaptıkları çalışmada algılanan engel puan ortalamasının 18.01 ± 3.17 , Durmaz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise 14.46 ± 2.61 olduğu belirlenmiştir (84,99). Araştırmadaki kadınların algılanan engel alt boyut puanının diğer çalışmalara göre yüksek olmasının yaşadıkları çevrenin sosyo-demografik özelliklerinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Algılanan yarar; kişinin davranış değişikliğini ne düzeyde faydalı algıladığı, davranış değişikliği olduğu takdirde ise hastalık oluşma riskini engelleyebileceğine inanma düzeyidir. Birey koruyucu sağlık davranışının serviks kanseri olma olasılığını azaltacağı konusunda fayda göreceğini benimsemelidir. Bu nedenle duyarlılık ve ciddiyet algısı yüksek olan kişiler, davranışla ilgili mevcut faydayı fark etmiyorsa ve engel algısı yüksekse harekete geçmesi pek olası değildir (100). Literatürdeki birçok çalışma, yüksek yarar algısının taramalara olan katılımı artırdığını bildirmektedir (104,105). Çalışmamızda algılanan yarar alt boyutundan alınan ortalama puan 25.28 ± 3.45 olarak bulunmuştur. Ersin ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada algılanan yarar puan ortalamasının 17.85 ± 3.26 , Gözüyeşil ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada 12.68 ± 3.7 , Durmaz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada 13.49 ± 2.60 , Önal ve Alp Yılmaz'ın yaptıkları çalışmada 12.00 ± 3.43 olduğu belirlenmiştir (83-85,99). Araştırmadaki kadınların ciddiyet ve duyarlılık algılarından aldıkları ortalama puanın diğer çalışmalara göre yüksek olmasının çalışmanın algılanan yarar puanını yükseltmiş olabileceği düşünülmektedir.

5.3. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre SAÖ Alt Boyut ve Toplamı ile SKETTÖ Alt Boyut ve Toplamının Tartışılması

Sağlığı artırmayı hedefleyen bilgi, tutum ve davranışların kazanılması sağlığın geliştirilmesi olarak tanımlanmaktadır ve var olan sağlık algısı, sağlık davranışlarını ve sağlık sorumluluğunu etkilemektedir. Bu nedenle sağlık algısı, kişiye sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılmasını hedefleyen sağlığın geliştirilmesinde direkt etkilidir (100).

Bu araştırmada 30-39, 40-49, 50-59 ve 60 ve üzeri yaş grupları incelenmiştir. 60 ve üzeri yaş grubunun sağlık algısı ve alt boyutlarından kontrol merkezi, kesinlik ve sağlığın önemi ve toplam puan ortalamasının diğer yaş gruplarına göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. 60 ve üzeri yaş grubu dışındaki grupların, SAÖ ve alt boyut toplam puan ortalaması yaklaşık olarak aynıdır. Karakoyunlu Şen ve Kılıç'ın çalışmasında, yaş arttıkça sağlık algısı puanının azaldığı belirtilmiştir (65). Bireylerin sağlığı koruma ve geliştirme davranışları üzerinde birçok faktör etkili olmakla birlikte bunlardan bazıları; yaş, eğitim seviyesi, gelir düzeyi, ırk gibi sosyo-demografik özellikler ve bilişsel-algisal faktörler olarak sayılabilir. Bireylerin eğitim, gelir düzeyi ve yaşı arttıkça sağlığı koruma davranışlarında da artış olduğu saptanmıştır (106,107). Chisale Mabotja ve arkadaşlarının servikal kanser hakkında sağlık inançları ve Pap Smear ile ilgili tarama hakkında Afrika'da yaptıkları çalışmada, smear testi yaptırmakla sağlık inanç modeline göre algılanan ciddiyet ve algılanan engel ile yaş ve bilgi sahibi olma arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (108). Afrika'da yapılan bir çalışmaya göre, sosyo-demografik özelliklerden yaş veya gelirin artması servikal kanser hakkındaki bilgi düzeyini arttıran faktörler olarak bulunmuştur (90). Bu çalışmada, 60 ve üzeri yaş grubunun diğer gruplara oranla daha düşük sağlık algısı puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür ve bu sonucun 60 ve üzeri yaş grubunun daha düşük bir eğitim düzeyine sahip olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sosyo-demografik verilerden eğitim durumu incelendiğinde, eğitim düzeyi arttıkça SAÖ ve kesinlik alt boyutu toplam puan ortalamasının da arttığı belirlenmiştir ve değişkenler arasındaki ilişkinin önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Karakoyunlu Şen ve Kılıç Öztürk'ün çalışmasında, eğitim düzeyinin SAÖ puan ortalamasını etkilediği ve okuryazar olmayanların sağlık algısı puan ortalaması en düşük iken, üniversite mezunlarının puanının en yüksek olduğu belirlenmiştir (65). Leung ve Leung'un servikal kanser tarama oranları ve sağlık algısı hakkında Çin'de kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada, en az üniversite mezunu olan kadınların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerinin ve servikal kanserin risk faktörleri hakkındaki bilgi düzeylerinin daha iyi olduğunu ve bu nedenle servikal kanser taramasına yöneldiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca

ailevi öyküsü olanlar dışında sağlık algısı ve serviks kanser taramasına katılım arasında önemli bir ilişkinin olduğunu belirtmişlerdir (23). Çalışma sonuçları bu anlamda benzerlik göstermektedir.

Yaşanılan yer incelendiğinde, il ve ilçede yaşayanların SAÖ kesinlik alt boyut puan ortalamasının yaklaşık olarak aynı ve köyde yaşayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Özdelikara ve arkadaşlarının hemşirelik öğrencilerinde sağlık algılarının belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada, büyükşehirde yaşayanların kontrol merkezi, öz farkındalık alt boyutu ve ölçek toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirtilmiştir ve herhangi bir puan ortalaması açısından gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır (109). Büyükşehirde veya ilde ikamet etmenin sağlığı korumaya yönelik bireysel çabayı arttırıcı eylemlerde bulunmak, eğitim almak veya bilgiye erişim konusunda etkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışma durumu incelendiğinde çalışan kadınların SAÖ toplam puanı ve alt boyutlarından kontrol merkezi, kesinlik ve öz farkındalık puan ortalaması, çalışmayan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Gelir düzeyi incelendiğinde, geliri giderinden fazla olan kadınların SAÖ toplam puanı ile alt boyutlarından kesinlik, sağlığın önemi ve öz farkındalık puan ortalaması, geliri giderinden az ya da eşit olan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Sağlık güvencesi varlığı incelendiğinde, güvencesi olan kadınların SAÖ toplam puanı ile alt boyutlarından kesinlik, sağlığın önemi ve öz farkındalık puan ortalaması güvencesi olmayan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Karakoyunlu Şen ve Kılıç Öztürk'ün çalışmasında, sağlık algısı puanı ile yaş, memur olma, ev hanımı olma ve ailede kanser tanısının bulunması arasındaki ilişkinin önemli olduğu bulunmuştur (65). Literatür tarandığında, sağlık güvencesinin sağlık algısıyla ilişkisinin incelendiği çalışmalarda, istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunamamıştır (65,110). SAÖ toplam puanı ve bazı alt boyut puanlarının çalışan, sağlık güvencesi olan ve gelir düzeyi yüksek olan kadınlarda diğer gruplara göre yüksek olmasının sebebinin çalışmakla birlikte sigortalı olmak ve gelir düzeyinin artması arasındaki paralel ilişkiden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Sosyo-demografik veriler ile SKETTÖ alt boyutları ve toplam puan ortalaması incelenmiştir (Tablo 4.6.). Bu çalışmada, algılanan duyarlılık ve algılanan yarar puan ortalamaları 30-39, 40-49, 50-59 yaş gruplarında sırasıyla artmıştır. Ancak 60 ve üzeri

yaş grubunun puan ortalamasının diğer gruplara göre düşük olduğu görülmüştür. Algılanan ciddiyet ve algılanan engel puan ortalamaları ise 30-39, 40-49, 50-59 yaş gruplarında yaklaşık olarak aynıdır ancak 60 ve üzeri yaş grubunun puan ortalamasının diğer gruplara göre düşük olduğu görülmüştür. SKETTÖ toplam puanı ise yine 60 ve üzeri yaş grubunda diğer gruplara göre düşük olarak belirlenmiştir. Kadınların yaş grupları ile SKETTÖ toplam puan ve tüm alt boyut toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur ($p<0.05$). Önal ve Yılmaz'ın yaptıkları çalışmada, kadınların yaş grupları ve algılanan duyarlılık, algılanan engel ve algılanan yarar alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. 50 yaşından küçük olanların algılanan duyarlılık puan ortalaması, 50 yaşından büyüklere göre düşük bulunmuştur. Algılanan engel ve yarar alt boyutlarında ise 50 yaşından büyük olanların puan ortalaması, 50 yaşından küçük olanlara göre daha düşük bulunmuştur (84). Gözüyeşil ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kadınlar yaşa göre 20-29, 30-39, 40 ve üzeri olarak gruplara ayrılmıştır ve yaş grupları ile SKETTÖ toplam puanı ve alt boyutları toplam puan ortalaması arasında önemli bir ilişki bulunmamıştır (83). Gupta ve arkadaşlarının Kanada'da Güney Asyalı kadınlar arasında serviks kanseri taraması; eğitim ve kültürleşmenin rolü konulu çalışmasında, daha genç yaş gruplarındaki ve eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin servikal tarama konusunda daha fazla farkındalığa sahip olduklarını belirtmişlerdir (111). Bu araştırmaya katılan kadınların ileri yaş grubunda algılanan ciddiyet ve engel puan ortalamalarının diğer yaş gruplarına göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Katılımcılarda artan yaşın özellikle taramalara katılımda bilgi düzeyi kadar, taramanın öneminin anlaşılmasının ve ileri yaşla birlikte oluşma riski bulunan fiziksel engellerin algılar üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Eğitim durumu incelendiğinde, SKETTÖ alt boyutlarından algılanan engel ile arasındaki ilişkinin önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Okuryazar ve altı eğitim düzeyine sahip olanların algılanan engel puanı, diğer tüm eğitim düzeyi gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur. Diğer alt boyutlarla eğitim durumu arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki saptanmamıştır. Önal ve Alp Yılmaz yaptıkları çalışmada, algılanan ciddiyet, algılanan engel ve algılanan yarar puanı ile öğrenim durumu arasında önemli farklılık bulmuşlardır ve okuryazar olanlar ile ilkökul mezunlarının algılanan engel puan ortalamalarının diğer gruplara göre düşük olduğunu belirlemişlerdir (84). Ersin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada lise mezunu olan kadınların lisans ve üstü mezunu olan kadınlara göre engel algısı puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur (85). Çin'de servikal kanserle ilgili

yapılan bir araştırmada, eğitim düzeyi yüksek olan kadınların kanser tarama testlerini yaptırmaya daha duyarlı oldukları belirlenmiştir (112). Yine benzer biçimde literatürde konuya ilişkin yapılan çalışmalarda, tarama testi yaptırma ile eğitim düzeyi arasında önemli ilişki saptanmıştır (97,113). Bu araştırma sonuçları doğrultusunda, okuryazar ve altı eğitim düzeyine sahip kadınların eğitim seviyesi daha fazla olan kadınlara göre sağlığı korumaya yönelik olumlu davranış geliştirmesinde engel görme puanının daha fazla olduğu görülmüştür ve bu durumun eğitimin sağlığı geliştirici davranışların kazanılmasında ve bilinç düzeyinin artmasında etkili olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

5.4. Kadınların Menstruasyon ve Doğurganlık Özelliklerine göre SAÖ Alt Boyut ve Toplamı ile SKETTÖ Alt Boyut ve Toplamının Tartışılması

Kadınlara ilişkin menstruasyon ve doğurganlık özelliklerinden ilk adet yaşı, ilk evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı ve toplam doğum sayısı incelendiğinde, SAÖ toplam puan ortalaması ile arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Ayrıca SAÖ alt boyutlarından kesinlik alt boyutu puan ortalaması ile ilk evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı, toplam doğum sayısı ve adet görme durumu arasındaki ilişkinin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu araştırmada sonuçlarına göre ilk adet yaşı azaldıkça SAÖ toplam puan ortalaması artmıştır. Bunun daha küçük yaşta menstruel siklusunu deneyimlemekten ve konu hakkında daha erken bilgi sahibi olmak zorunda kalmaktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

İlk evlenme yaşı 25-30 arasında olan grubun, daha küçük veya daha büyük yaşta evlenen gruba göre, ilk gebelik yaşı 25-34 arasında olan grubun, daha küçük veya daha büyük yaşta ilk gebeliği olan gruba göre ve hiç doğum yapmayan kadınların, diğer doğum sayısına sahip kadın gruplarına göre kesinlik alt boyut ve SAÖ toplam puan ortalaması daha fazla bulunmuştur. Bu durumun daha geç evlenen kadınların eğitim hayatına devam edebilme şanslarının daha fazla olmasından kaynaklı olabileceği ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Benzer şekilde eğitim düzeyi artıkça sağlık algısı puanının da arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (23,65). Açıksöz ve arkadaşlarının yaptığı hemşirelik öğrencilerinin sağlık algısı ile sağlığı geliştirme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi konulu çalışmada, sağlık durumunu algılama düzeyi artıkça sağlıklı yaşam biçimi davranış ölçeği puanının arttığı belirtilmiştir (114). Leung ve Leung'un serviks kanseri taraması ve sağlık algısı hakkında Çin'de yaptıkları çalışmada, birçok kadının, kadınların menopoza girdikten sonra servikal tarama yaptırmasına gerek olmadığını düşündüğünü belirtmişlerdir. Bu sonuç, katılımcıların menopoza servikal tarama

yaptırmaya gerek kalmayacak düzeyde bir yaşlılık göstergesi olarak kabul ettiklerini göstermektedir. Aynı çalışmada, sağlığı geliştirici faaliyetler olarak menopoza ve tarama konusunda doktor ve hemşirelerin eğitimler yapması gerektiği belirtilmiştir (23).

Kadınlara ilişkin menstruasyon ve doğurganlık özelliklerinden toplam doğum sayısı ve adet görme durumu incelendiğinde, SKETTÖ alt boyutlarından algılanan ciddiyet alt boyut puan ortalaması ile arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Doğum sayısı 1-2 ve 3-5 arasında olan kadınların algılanan ciddiyet puan ortalaması yaklaşık olarak aynı olmakla birlikte hiç doğum yapmayan veya 6 ve üzeri sayıda doğum yapan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca SKETTÖ alt boyutlarından algılanan yarar alt boyut puan ortalaması ile ilk adet yaşı ve adet görme durumu arasındaki ilişkinin de istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). İlk adet yaşı gruplamasında 8-11 ve 12-15 yaş gruplarında algılanan yarar alt boyut puan ortalaması yaklaşık olarak aynı olmakla birlikte 16-18 yaş grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Atlas ve Er Güneri'nin yaptıkları kadınların jinekolojik kanserlerle ilgili farkındalığı etkileyen faktörler konulu çalışmada, ilk adet yaşı azaldıkça jinekolojik kanser farkındalığı, erken tanı ve bilgi farkındalığının da arttığı belirlenmiştir ve yine aynı çalışmada 1-2 sayıda doğum yapanlarda ve menopoza girmeyen kadınlarda jinekolojik kanser farkındalığı puan ortalaması anlamlı oranda yüksek bulunmuştur (96). Erken yaşta adet olmanın, üreme ve jinekolojik problemler hakkında bilgi ve farkındalıkta artmaya sebep olabileceği düşünülmektedir.

Menstruel siklusu devam eden kadınların algılanan ciddiyet alt boyut puan ortalaması, devam etmeyen kadınlara oranlara daha yüksek, algılanan yarar alt boyut puan ortalaması ise daha düşük bulunmuştur. Gözüyeşil ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, menstruel siklusu devam eden kadınların bu çalışmayla benzer şekilde algılanan ciddiyet alt boyut puan ortalaması, devam etmeyen kadınlara oranlara daha yüksek, algılanan yarar alt boyut puan ortalaması ise daha düşük bulunmuştur ancak menstruel siklusun etmesi ile SKETTÖ alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (83). Ersin ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada katılımcılardan menopoza girenlerin girmeyenlere göre yarar algısı puan ortalamaları daha düşük ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur (85). Chorley ve arkadaşları çalışmalarında, menopoza sonrası kadınların servikal kanser riski altında olmadıklarını düşündükleri için taramaya daha az katıldığını belirtmişlerdir (115). Bir davranışın hayata geçirilmesi için engel algısının düşük, yarar algısının yüksek olması beklenir. Bu nedenle araştırmada engel algısının yüksek, yarar algısının düşük olması

serviks kanseri erken tanı davranışlarının uygulanmasını olumsuz olarak etkileyebilir (85).

Şenol ve arkadaşlarının çalışmasında, 1-3 sayıda doğum yapan kadınların doğum yapmayan ya da daha fazla sayıda doğum yapan kadınlara göre ve doğurganlık dönemindeki kadınların ise menopoz dönemindeki kadınlara göre jinekolojik kanser farkındalıklarının daha fazla olduğu saptanmıştır (116). Bireylerin kanserle ilgili bilgilendirilmesi, farkındalıklarının geliştirilmesi, toplum tabanlı kanser taramalarına olan katılımın artmasının sağlanması, kanserle mücadelede etkin bir yaklaşım olabilir (117). Çalışma sonuçlarımız genel olarak benzer olmakla birlikte farklılıkların ise, araştırmanın yapıldığı bölge ve sağlık kuruluşu yapısındaki etmenlerden kaynaklı olabilir. Yurtdışı literatür incelendiğinde; İspanya, İsviçre, Almanya, Yunanistan ve Hollanda'daki çalışmalar, genç yaş gruplarının doğurganlık çağında olmalarından dolayı taramaya daha düzenli katıldığını belirtmişlerdir (118-122).

5.5. Kadınların Kansere İlişkin Sağlık Özelliklerine göre SAÖ Alt Boyut ve Toplamı ile SKETTÖ Alt Boyut ve Toplamının Tartışılması

Kadınların kansere ilişkin sağlık özellikleri ile SAÖ alt boyutları ve toplam puan ortalaması incelenmiştir (Tablo 4.9). Ailede rahim ağzı kanseri öyküsü olan kadınların, olmayanlara göre SAÖ sağlığın önemi alt boyut toplam puan ortalaması daha fazla bulunmuştur ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Rathbun ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, kadınların sağlık algısının, hastalıklarını yönetme, sağlık eylemleri ve sağlık dönütleri konusunda paralellik gösterdiği belirtilmiştir. Dolayısıyla olumlu sağlık algısının, pozitif sağlık davranışlarını geliştirdiği ve kronik hastalık varlığında dahi daha iyi sağlık sonuçları almayı sağladığını göstermiştir (21). Karakoyunlu Şen ve Kılıç Öztürk'ün çalışmasında ailesinde kanser tanısı olan kişilerin olmayanlara göre SAÖ toplam puan ortalaması daha düşük bulunmuştur (65). Uysal ve Ünal Toprak'ın çalışmasında ailesinde kanser tanısı olan kişilerin olmayanlara göre SAÖ toplam puan ortalaması ve kesinlik alt boyut puan ortalaması daha düşük bulunmuştur ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur (22). Çalışma sonuçları farklılık göstermektedir. Bu çalışmada, ailesinde serviks kanseri olan kadınların sağlık algısı puanlarının daha yüksek çıkması, kadınların kendi sağlıklarının kontrolünün kendilerinde olduğunun farkında olmalarından ve böylece sağlığa verdikleri önemin artması durumundan kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Anne, kız kardeş veya kızı gibi birinci derece yakınları serviks kanseri olan kadınların, teyze, hala, kuzen gibi daha uzak akrabalarında serviks kanseri olan kadınlara

göre kontrol merkezi ve kesinlik alt boyut puan ortalamaları ile SAÖ toplam puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Uysal ve Ünal Toprak'ın çalışmasında, ailesinde kanser öyküsü olma durumunun sağlık algıları ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (30). Karadağ Çaman ve Bilir'in yaptığı çalışmada, ailede kanser öyküsü olanlar kansere yakalanma olasılıklarının daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (123). Leung ve Leung'un yaptığı çalışmada katılımcıların üçte birinden azı sağlıklarının kontrolünün kendilerinde olmadığına inandıklarını, katılımcıların %95.3'ü aile veya akrabalarının sağlığı ile ilgili endişe duymuş olduklarını ve katılımcıların yarısı sağlık davranışlarının aile veya akrabalarının sağlığından etkilendiğini bildirmiştir (23). Aile öyküsü, bireylerin risk algısını etkileyerek kişinin koruyucu sağlık davranışlarını ne düzeyde eyleme dönüştürdüğünü etkilemektedir (123,124).

Daha önce kanser tanısı alan kadınların almayanlara göre kontrol merkezi alt boyut puan ortalaması daha düşük, sağlığın önemi alt boyut puanı ise daha fazla bulunmuştur ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Karakoyunlu Şen ve Kılıç Öztürk'ün çalışmasında, daha önce kanser tanısı alma durumu ile sağlık algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir (65). Çalışma sonuçları farklılık göstermektedir. Bu farklılığın nedeni daha önce kanser tanısı almış kadınların, sağlık kontrolü üzerindeki hakimiyetin kendilerinde olmadığına daha fazla inanmaları olabilir.

Jinekolojik muayeneye gitme durumları incelendiğinde, kontrol amaçlı her yıl muayeneye gidenlerin, şikayet varlığında gidenlere ve hiç gitmeyenlere göre SAÖ toplam puan ortalaması ve kontrol merkezi, kesinlik, sağlığın önemi ve öz farkındalık alt boyut puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Önal ve Alp Yılmaz'ın çalışmasında, düzenli olarak jinekolojik muayeneye giden kadınların sağlık sorumluluğu alt puan ortalamasının gitmeyenlere göre daha yüksek olduğu, bu farkın eğitim ve gelir düzeyi iyi olan kadınlardan kaynaklandığı ve sonuçların istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur (84). Literatür incelendiğinde, jinekolojik muayene ile sağlık algısının karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır ancak sağlık sorumluluğu ve sağlık algısının sağlığı koruyucu davranışları etkilemesi nedeniyle çalışmalarda benzer sonuçlara ulaşıldığı düşünülmektedir.

Rahim ağzı kanserini duyanların duymayanlara göre SAÖ toplam puan ortalaması ve kontrol merkezi, kesinlik ve sağlığın önemi alt boyut puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Leung ve Leung'un rahim ağzı kanseri taraması: Hong Konglu Çinli kadınlar arasında bilgi, sağlık algısı ve katılım oranı konulu çalışmasında, kadınların serviks kanseri ve risk faktörleri hakkındaki bilgileri, hastalığın ciddiyetini algılamalarını ve buna yatkınlıklarını etkilemiştir. Bu tür bilgilerin, taramaya katılımlarıyla önemli ölçüde ilişkili olduğu, ayrıca katılımcıların çoğunun yüksek servikal tarama ile uyumlu olarak, sağlıklarının kontrolünün kendilerinde olduğunu algıladıklarını belirtmişlerdir ve bu kadın grubunun, rahim ağzı taraması gibi sağlığı geliştirici faaliyetlerde bulunma girişiminde bulunma olasılığı daha yüksektir (23).

Rahim ağzı kanserini ilk nereden duyduğu incelendiğinde hastane, aile sağlığı merkezi ve TV veya internetten duyanların, aile veya arkadaştan duyanlara göre SAÖ toplam puan ortalaması ve öz farkındalık alt boyut puan ortalaması daha fazla bulunmuştur ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Karakoyunlu Şen ve Kılıç Öztürk'ün çalışmasında, kanser taramaları hakkında bilgi sahibi olan katılımcıların toplamda yarısından fazlası aile hekimi veya sağlık çalışanlarından bilgiye eriştiklerini belirtmiştir (65). Çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir ancak literatür tarandığında bu konuyu içeren sağlık algısı ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Pap smear testini duyanların duymayanlara göre, bu testi yaptıranların da yaptırmayanlara göre SAÖ toplam puan ortalaması ve kontrol merkezi, kesinlik, sağlığın önemi ve öz farkındalık alt boyut puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Kızılırmak ve arkadaşlarının kendi kendine meme muayenesi yapma ve sağlık algısı arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, kendi kendine meme muayenesi yapmayan öğrencilerin %33.7'si nasıl yapılacağını bilmedikleri için yapmadıklarını, kendi kendine meme muayenesi yapan katılımcıların ise yapmayanlara göre SAÖ toplam puan ortalaması, kesinlik, sağlığın önemi ve öz farkındalık toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu ve aralarındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur (66). Çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir. Bu sonuç, tarama hakkındaki bilgi eksikliğinin taramayı yapma konusunda bir engel oluşturduğunu göstermektedir. Karakoyunlu Şen ve Kılıç Öztürk'ün çalışmasında, kadınların %74.9'u serviks kanseri ile ilgili taramalar hakkında bilgi sahibi olduklarını ancak bilenlerin de

sadece %58.5'inin Pap Smear veya HPV testi yaptırdıklarını saptamışlardır. Yine aynı çalışmada sağlık algısı puanı ile kanser taramaları yaptıрма eylemi arasında yaş açısından tarama hedef popülasyonunun yaş aralığında istatistiksel olarak önemli bir sonuç elde edilmediği ancak 30 yaş altındaki kadınlarda smear testi yaptıranların, yaptırmayanlara göre SAÖ toplam puan ortalamasının daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirtilmiştir (65). Çalışma sonuçlarımız farklılık göstermektedir. Bu farklılığın örneklem grubunun sosyo-demografik özelliklerinin benzer olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Pap smear testini yaptıрма sayısı 1, 2 ve 6 ve üzeri kez yaptıranların SAÖ öz farkındalık alt boyut puan ortalaması yaklaşık olarak aynı olmakla beraber 3-5 kez test yaptıran grubun, öz farkındalık puan ortalaması daha fazla bulunmuştur ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Leung ve Leung'un çalışmasında katılımcıların çoğu, yüksek servikal tarama sayısı ile uyumlu olarak, sağlıklarının kontrolünün kendilerinde olduğunu ifade etmişlerdir ve bu kadınların, serviks kanseri taraması gibi sağlığı geliştirici faaliyetlerde bulunma girişiminde bulunma olasılığı daha yüksek bulunmuştur (23). Çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir. Karakoyunlu Şen ve Kılıç Öztürk'ün çalışmasında, katılımcıların bilinen kanser tarama sayısı ile SAÖ toplam puan ortalaması arasında önemli bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir (65). Çalışma sonuçlarımız farklılık göstermektedir. Bu farklılığın örneklem grubunun sosyo-demografik özelliklerinin benzer olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların kansere ilişkin sağlık özellikleri ile SKETTÖ alt boyutları ve toplam puan ortalaması incelenmiştir (Tablo 4.10). Ailede rahim ağzı kanseri öyküsü olan kadınların olmayanlara göre SKETTÖ toplam puan ortalaması ve algılanan duyarlılık alt boyut puan ortalaması daha fazla bulunmuştur ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Daha önce kanser tanısı alan kadınların, almayanlara göre algılanan duyarlılık alt boyut puan ortalaması da daha fazla bulunmuştur ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bireyin yakınlarından birinin kanser olması, kanser taramalarına yönelik farkındalığın artmasına katkıda bulunmaktadır ve erken tanı, tedavinin etkinliğini artıran kilit bir faktördür. Uysal ve Ünal Toprak'ın çalışmasında, ailesinde kanser tanısının olmasıyla kanser taramalarına yönelik tutum arasında önemli bir ilişki bulunmamıştır (22). Durmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, algılanan duyarlılık alt boyut puanı, ailesinde serviks kanseri olmayanlarda olanlara göre fazla bulunmuştur (99). Karadağ Çaman ve Bilir'in çalışmasında, ailede

kanser öyküsünün olması ile algılanan kişisel kanser riskine yönelik tarama yaptırma ve sağlığı koruyucu ve geliştirici eylemler arasındaki ilişki önemli bulunmamıştır (123). Çalışma sonuçları bu anlamda farklılık göstermektedir. Ailesinde kanser öyküsü olanlarda gelişebilecek tanı alma korkusunun bu farklılığa sebep olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca kanser erken teşhisi için tarama hizmetleri sunulurken bireysel risk değerlendirmesi de yapılarak riskli grupların belirlenmesi ve bu grupların sağlıklı yaşam davranışlarına yönlendirilmesi amacıyla bireysel danışmanlık ve eğitimlerin yapılmasının da bireysel kanser riski farkındalığını artırma konusunda faydalı olabileceği düşünülmektedir. Yurtdışı literatür incelendiğinde SKETTÖ'nün kullanıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak benzer ölçeklerin kullanıldığı veya soruların yöneltildiği çalışmaların sonuçlarıyla bu çalışmanın sonuçları karşılaştırılarak tartışılmıştır. Chorley ve arkadaşları ailesinde kanser hastası olanların veya kanser tanısı almış olan kadınların servikal kanser taramasına daha fazla katıldığını belirtmişlerdir (115). Çalışma sonuçlarımız benzerlik göstermektedir. Bu kişilerin kanser olma riskinin daha fazla olduğunu düşünmelerinin bu sonuca neden olduğu düşünülmektedir.

Jinekolojik muayeneye gitme durumları incelendiğinde, kontrol amaçlı her yıl muayeneye gidenlerin, şikayet varlığında gidenlere ve hiç gitmeyenlere göre SKETTÖ, algılanan duyarlılık ve algılanan yarar alt boyut puan ortalaması daha fazla, algılanan engel alt boyut puan ortalaması ise daha düşük bulunmuştur ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Esencan Yılmaz'ın yaptığı çalışmada, şikayet olmaksızın jinekolojik muayeneye gitme durumunun oldukça az olduğu belirtilmiştir (124). Bu yanlış algı sağlık eğitimiyle azaltılabilir, riskler anlatılarak jinekolojik kanser farkındalığı artırılabilir ve tarama tutumlarının geliştirilmesi sağlanabilir. Böylece bu tutumlar sayesinde düzenli jinekolojik muayene yaptırma gibi pozitif sağlık davranışlarının artmasıyla kanseri erken evrede tanılama kolaylaşabilecektir. Lee ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada düzenli muayene olan ve algılanan engelleri daha düşük olan kadınların servikal tarama yaptırma olasılığı daha yüksek bulunmuştur (105). Bu çalışma sonuçlarından farklı olarak Ersin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, rutin jinekolojik muayene yaptıran kadınların serviks kanseri engel algısı puan ortalamaları daha yüksek saptanmıştır (85). Durmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, algılanan duyarlılık alt boyut puanı, rutin jinekolojik muayene olmayanlarda olanlara göre yüksek bulunmuştur (99). Çalışma sonuçları bu

anlamda farklılık göstermektedir. Ailesinde kanser öyküsü olanlarda gelişebilecek tanı alma korkusunun bu farklılığa sebep olabileceği düşünülmektedir.

Rahim ağzı kanserini duyanların duymayanlara göre SKETTÖ, algılanan duyarlılık ve algılanan yarar alt boyut toplam puan ortalaması daha fazla bulunmuştur ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Rahim ağzı kanserini ilk nereden duyduğu incelendiğinde, hastanede veya aile sağlığı merkezinde duyanların aile, arkadaş, TV veya internetten duyanlara göre SKETTÖ toplam puan ortalaması, algılanan duyarlılık ve algılanan yarar alt boyut puan ortalaması daha fazla, algılanan engel alt boyut puan ortalaması ise daha düşük bulunmuştur ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Açık göz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, kadınların serviks kanseri hakkındaki bilgi seviyesi artıkça, tarama yaptırma durumunun da arttığı belirlenmiştir (74).

Pap smear testini duyanların duymayanlara göre, bu testi yaptıranların da yaptırmayanlara göre SKETTÖ toplam puan ortalaması, algılanan duyarlılık ve algılanan yarar alt boyut puan ortalaması daha fazla, algılanan engel alt boyut puan ortalaması ise daha düşük bulunmuştur ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Gümüş ve Çam çalışmalarında, kadınların yaklaşık yarısının Pap Smear testini bildiğini ancak düzenli olarak tarama yaptırmadıklarını belirtmişlerdir (125). Patel ve arkadaşlarının İngiltere’de yaptıkları çalışmada, smear testinin neden yapıldığını bildiğini söyleyen 327 kadının %85’inin test hakkında doğru bilgiye sahip oldukları, kadınların yarısından fazlasının ise testi yaptırmak için davet edilmeleri sebebiyle smear testini öğrendikleri belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada katılımcıların %96’sının daha önce en az bir kez smear testini yaptırdığı saptanmıştır (126). Literatür incelendiğinde, bu çalışmaya benzer şekilde kadının testi yaptırmasını gerektirecek bir şikayeti yoksa testi yaptırmama eğilimi göstermektedir (95,127). Sağlık inanç modeline göre, Pap Smear testinin faydalı olduğuna yönelik pozitif algı artıkça, duyarlılık ve ciddiyet algıları da artmaktadır, algılanan duyarlılığın artması ile riskleri azaltan olumlu davranış gösterme ihtimali de artmaktadır (27,128,129). Huang ve arkadaşlarının araştırmasında, tarama hakkındaki bilgi seviyesinin kanser taramalarına yönelik tutumu etkilediği belirtilmiştir (130). Uysal ve Ünal Toprak’ın çalışmasında, kanser taramaları hakkında bilgili olan katılımcıların ve tarama deneyimi olan kadınların, kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puan ortalamalarının daha fazla olup, sonucun istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (22). Bu çalışma sonuçları, literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Toplum

tabanlı kanser taramalarına katılımı artırmak için anahtar rollerden biri sağlık profesyonellerine düşmektedir. Bu anlamda halka yönelik eğitimler düzenlenerek bilgilendirme sağlanmalıdır (22).

Pap smear testini yaptıрма sayısı 6 ve üzerinde olanların, 1, 2 ve 3-5 kez yaptıranlara göre SKETTÖ toplam puan ortalaması, algılanan duyarlılık ve algılanan yarar alt boyut puan ortalaması daha fazla bulunmuştur ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Durmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, Pap Smear deneyimi olmayan kadınların olanlara göre algılanan engel ve algılanan yarar alt boyut puanları daha fazla bulunmuştur (99). Algılanan engel, kadınların serviks kanserine yönelik koruyucu davranışlarını negatif yönde etkilemektedir. Jirojwong ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, algılanan yarar düzeyi fazla olan Kadınların Pap Smear yaptıрма oranlarının 1.3 kat fazla olduğu saptanmıştır (131). Bu araştırma sonuçlarına göre önemli ilişki bulunmamakla birlikte 1 veya 2 kez Pap Smear testi yaptıran kadınların, algılanan engel puanı, daha fazla sayıda test yaptıranlara oranla daha yüksek bulunmuştur. Çalışma sonuçlarından farklı olarak, Ersin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, düzenli Pap Smear testi yaptıran katılımcıların serviks kanseri engel algısı puan ortalamalarının daha fazla olduğu saptanmıştır (85). Algılanan engel alt boyut puanının yüksek olması, eyleme geçişi önlemektedir (100,129). Literatürde birçok çalışma düşük engel algısının ve yüksek yarar algısının taramalara katılımında olumlu etki sağlayacağını bildirmektedir (104,105). Bir davranışın meydana gelmesinde, kişilerin bu eylem sonucunda yarar göreceğini düşünmesi ve bu yönde beklentisinin olması oldukça önemlidir. Bu çalışmada, Pap Smear testi yaptıran kadınların bu konuda hassas davranmalarının algılanan duyarlılık puanını artırdığı ve algılanan yarar alt boyutu puanlarının fazla olmasının nedeninin ise bu testin kendilerini koruyacağına ilişkin inançları olarak düşünülmüştür.

5.6. SAÖ Alt Boyut ve Toplam Puanları ile SKETTÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Korelasyon Tartışması

SAÖ alt boyutları ile SKETTÖ alt boyutları ve toplam puanları ortalamalarının ilişkisi tabloda verilmiştir (Tablo 4.11). SKETTÖ algılanan duyarlılık alt boyutu ile SAÖ kontrol merkezi alt boyutu arasında pozitif yönlü ve orta şiddette, kesinlik alt boyutu arasında pozitif yönlü ve zayıf şiddette, sağlığın önemi alt boyutu arasında pozitif yönlü ve orta şiddette, öz farkındalık alt boyutu arasında pozitif yönlü ve orta şiddette ve SAÖ

toplam puanı arasında orta şiddette, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak önemli bir ilişkinin olduğu görülmüştür.

SKETTÖ algılanan ciddiyet alt boyutu ile SAÖ kesinlik alt boyutu arasında negatif yönlü ve çok zayıf şiddette, sağlığın önemi alt boyutu arasında pozitif yönlü ve zayıf şiddette, öz farkındalık alt boyutu arasında zayıf şiddette, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak önemli bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir.

SKETTÖ algılanan engel alt boyutu ile SAÖ kontrol merkezi alt boyutu arasında negatif yönlü ve zayıf şiddette, kesinlik alt boyutu arasında negatif yönlü ve zayıf şiddette ve SAÖ toplam puanı arasında zayıf şiddette, negatif yönlü ve istatistiksel olarak önemli bir ilişkinin olduğu bulunmuştur.

SKETTÖ algılanan yarar alt boyutu ile SAÖ kontrol merkezi alt boyutu arasında pozitif yönlü ve yüksek şiddette, kesinlik alt boyutu arasında pozitif yönlü ve zayıf şiddette, sağlığın önemi alt boyutu arasında pozitif yönlü ve orta şiddette, öz farkındalık alt boyutu arasında pozitif yönlü ve orta şiddette ve SAÖ toplam puanı arasında yüksek şiddette, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak önemli bir ilişkinin olduğu görülmüştür.

SKETTÖ toplam puan ortalaması ile SAÖ kontrol merkezi alt boyutu arasında pozitif yönlü ve orta şiddette, kesinlik alt boyutu arasında pozitif yönlü ve çok zayıf şiddette, sağlığın önemi alt boyutu arasında pozitif yönlü ve orta şiddette, öz farkındalık alt boyutu arasında pozitif yönlü ve orta şiddette ve SAÖ toplam puanı arasında orta şiddette, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak önemli bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir.

Sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarının eyleme dökülmesinde ve bu eylemin devam ettirilmesinde, kişilerin algıları son derece önemlidir. Bu çalışmada, kadınların sağlık algısının serviks kanserinin erken tanısına yönelik tutumları etkileyen bir faktör olduğu bulunmuştur. Bir davranışın yapılması için engel algısının düşük, yarar algısının yüksek olması beklenir. Çalışma sonuçlarına göre, engel algısının fazla olması serviks kanseri erken tanı davranışlarının gerçekleştirilmesini olumsuz yönde etkileyebilirken, yarar algısının yüksek olması, bu davranışların gerçekleştirilmesini olumlu yönde etkileyebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kadınların sağlık algısı ile serviks kanserini erken tanılamaya yönelik tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yaptığımız bu çalışmada, şu sonuçlara ulaşılmıştır;

- Bu çalışma sonuçlarına göre kadınların sağlık algısı ve serviks kanserini erken tanılamaya yönelik tutum ölçeği ortalama puan sonuçları değerlendirildiğinde yüksek düzeyde oldukları görülmüştür.
- Sosyo-demografik özellikler incelendiğinde, yaşı 60 ve üzerinde olanların SKETTÖ ve SAÖ toplam puan ortalamasının diğer yaş gruplarına göre daha düşük olduğu bulunmuştur. İl ve ilçede yaşayanların, gelir düzeyi giderinden fazla olanların, eğitim düzeyindeki artışın ve sağlık güvencesi olanların SAÖ toplam puan ortalamasının diğer gruplara göre daha fazla olduğu bulunmuştur.
- Kadınlara ilişkin menstruasyon ve doğurganlık özellikleri incelendiğinde; ilk adet yaşı, ilk evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı ve toplam doğum sayısı ile SAÖ toplam puan ortalaması arasındaki ilişkinin önemli olduğu saptanmıştır. İlk evlenme yaşı 25-30 arasında, ilk gebelik yaşı 25-34 arasında olanların ve hiç doğum yapmayanların SAÖ toplam puan ortalamasının daha fazla olduğu saptanmıştır. Hiç doğum yapmayan veya 6 ve üzeri sayıda doğum yapan kadınların, SKETTÖ algılanan ciddiyet puanları daha düşük bulunmuştur. İlk adet yaşı 16-18 yaş olan kadınların, SKETTÖ algılanan yarar puanının daha düşük olduğu, menstruel siklusun devam etmesinin ise SKETTÖ algılanan yarar puanını artırdığı belirlenmiştir.
- Kadınların kansere ilişkin sağlık özellikleri incelendiğinde, ailede rahim ağzı kanseri öyküsü olanların SAÖ sağlığın önemi ve SKETTÖ toplam puan ortalaması daha yüksektir. Birinci derece yakınlarında serviks kanseri olanların SAÖ, kontrol merkezi ve kesinlik alt boyut puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Daha önce kanser tanısı alan kadınların kontrol merkezi alt boyut puan ortalaması daha düşük, sağlığın önemi alt boyut puanı ise daha fazla bulunmuştur. Kontrol amaçlı her yıl muayeneye gidenlerin SAÖ ve tüm alt boyut puanları ile SKETTÖ, algılanan yarar ve duyarlılık puanları daha yüksek bulunmuştur. Rahim ağzı kanserini duymuş olanların veya bir sağlık kuruluşundan duyanların, Pap Smear testini duymuş veya yaptırmış olanların SAÖ

toplam puanı ile SKETTÖ, algılanan yarar ve duyarlılık puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

- SKETTÖ algılanan duyarlılık alt boyut puanı arttıkça, SAÖ ve tüm alt boyutları toplam puanı da artmaktadır. Aralarında pozitif yönlü ilişki bulunmuştur.
- SKETTÖ algılanan ciddiyet alt boyut puanı arttığında, SAÖ sağlığın önemi ve öz farkındalık alt boyutu puanı da artmaktadır, kesinlik alt boyut puanı ise azalmaktadır. Kesinlik ile aralarında negatif yönlü ilişki saptanmıştır.
- SKETTÖ algılanan engel alt boyutu puanı arttığında, SAÖ, kontrol merkezi ve kesinlik alt boyutları toplam puanı azalmaktadır. Aralarında negatif yönlü ilişki bulunmuştur.
- SKETTÖ algılanan yarar alt boyutu puanı arttığında, SAÖ, Kontrol Merkezi, Kesinlik, Sağlığın Önemi ve Öz Farkındalık alt boyutu puanı da artmaktadır. Aralarında pozitif yönlü ilişkinin olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Serviks kanserinin önlenmesi, erken tanı ve sonraki süreçte tedavinin verimliliği konusunda başarılı olmak, biraz da kadınların taramaya karşı tutumunun sağlık personeli tarafından sorgulanmasından ve değerlendirmesinden geçmektedir. Bu anlamda sağlık çalışanları arasında toplumla en sık iletişim halinde olan hemşirelere önemli görevler düştüğü söylenebilir. Bunlar arasında;

- Kadınların serviks kanserine yönelik tutumlarının artması için Pap Smear testinin önemi hakkında bilgilendirme yapmaları,
- Kadınlarda Pap Smear tarama testinin önemi konusunda farkındalığın artırılmasına yönelik kurum içi ve kurumlar arası iş birliklerinin yapılması,
- Sağlık algısını artırıcı olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması, geliştirilmesi ve sürdürülebilir olması amacıyla yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Özellikle 1. basamak sağlık kurumlarında çalışan halk sağlığı hemşireleri tarafından toplum tabanlı bu taramaya olan katılımın artması konusunda, önemli destek sağlayacak farkındalık artırıcı faaliyetlerin düzenlenmesi sayılabilir.

Ayrıca yine sağlık algısının geliştirilerek Pap Smear taramasına toplum katılımının artması için radyo, televizyon ve sosyal medya gibi kitle iletişim araçlarıyla, kamu hizmeti hakkında bilgilendirme yapılması, konunun önemine dikkat çekilmesi, konu hakkındaki afiş ve broşürlerin sık sık gösterilerek hatırlatıcı etkisinin kullanılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. WHO. Cancer Fact Sheets. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer> Son Erişim Tarihi 7 Şubat 2022.
2. WHO. Cervical Cancer. https://www.who.int/health-topics/cervical-cancer#tab=tab_1 Son Erişim Tarihi 7 Şubat 2022.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı. 2016 Yılı Türkiye Kanser İstatistikleri. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017.pdf Son Erişim Tarihi 8 Şubat 2022.
4. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm Nedeni İstatistikleri. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710> Son Erişim Tarihi 9 Şubat 2022.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı. Serviks Kanseri. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanser-turleri/kanser-dairesi-baskanligi-kanser-turleri-serviks-kanseri.html> Son Erişim Tarihi 9 Şubat 2022.
6. Güner H, Taşkiran Ç. Serviks kanseri epidemiyolojisi ve Human Papilloma Virüs. *Turk J Obstet Gynecol* 2007, 4(1): 11-9.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kanser Kontrol Programı 2013-2018. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/raporlar/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf Son Erişim Tarihi 10 Şubat 2022.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı. Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi El Kitabı. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/Kitaplar/KETEM_EL_KiTABI.pdf Son Erişim Tarihi 10 Şubat 2022.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı. Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/serviks-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html> Son Erişim Tarihi 10 Şubat 2022.
10. Çapık C. Yoksul ve yoksul olmayan kadınlarda sağlık algısını etkileyen etmenlerin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2006.

11. Schmidt M. Predictors of self-rated health and lifestyle behaviours in Swedish university students. *Glob J Health Sci* 2012, 4(4): 1-14.
12. Ferrer R, Klein WM. Risk perceptions and health behavior. *Curr Opin Psychol* 2015, 5: 85-89.
13. Kenny AM, Biskup B, Robbins B, Marcella G, Burleson JA. Effects of vitamin D supplementation on strength, physical function, and health perception in older, community-dwelling men. *J Am Geriatr Soc* 2003, 51(12): 1762-7.
14. Lee YJ, Shin SJ, Wang RH, Lin KD, Lee YL, Wang YL. Pathways of empowerment perceptions, health literacy, self-efficacy, and selfcare behaviors to glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *Patient Educ Couns* 2016, 99(2): 287-94.
15. Avcı YD. Kişisel sağlık sorumluluğu. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2016, 15(3): 259-66.
16. Kolac N, Balcı AS, Şişman FN, Ataçer BE, Dincer S. Fabrika Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı ve Sağlık Algısı. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2018, 14: 267-74.
17. Bottorff JL, Johnson JL, Ratner PA, Hayduk LA. The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. *Nurs Res* 1996, 45(1): 30-6.
18. Tuğut N, Bekar M. Üniversite öğrencilerinin sağlık algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008, 11: 3.
19. Jamous RM, Sweileh WM, El-Deen Abu Taha AS, Zyoud SH. Beliefs about medicines and self-reported adherence among patients with chronic illness: A study in Palestine. *J Family Med Prim Care* 2014, 3(3): 224.
20. Kadioğlu H, Yıldız A. Sağlık algısı ölçeği'nin Türkçe çevriminin geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2012, 32(1): 47-53.
21. Rathbun KP, Loerzel V, Edwards J. Personal perception of health in urban women of low socioeconomic status: a qualitative study. *J Prim Care Community Health* 2020, 11: 1-6.
22. Uysal N. & Ünal Toprak F. Kadınların sağlık algıları, kanser taramalarına yönelik tutumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2022, 6(1): 65-76.
23. Leung SS, Leung I. Cervical cancer screening: knowledge, health perception and attendance rate among Hong Kong Chinese women. *Int J Women's Health* 2010, 2: 221-8.

24. Kanbur A, Çapık C. Servikal kanserden korunma, erken tanı-tarama yöntemleri ve ebe/hemşirenin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2011, 61-72.
25. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/23530,2015-yili29pdf.pdf?0>
Son Erişim Tarihi 15 Şubat 2022.
26. Akyüz A, Güvenç G, Yavan T, Çetintürk A, Kök G. Kadınların pap smear yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Gulhane Med J* 2006, 48: 25-9.
27. Bal MD. Kadınların pap smear testi yaptırma durumlarının sağlık inanç modeli ölçeği ile değerlendirilmesi. *MUSBED* 2014, 4: 133-8.
28. Taşyürek A. Serviks kanseri (rahim ağzı kanseri). *Adalı Dergisi* 2017, 140.
29. İnan E. Diyarbakır ili Kayapınar ilçesi 9 nolu aile sağlık merkezi bölgesinde 30-69 yaş arası kadınların meme ve serviks kanseri konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Diyarbakır: Dicle Üniversitesi, 2018.
30. World Health Organization. Comprehensive Cervical Cancer Control: A Guide to Essential Practice. 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2014. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer-guide/en/> Son Erişim Tarihi 22 Şubat 2022.
31. World Health Organization. Globocan, 2020. <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/23-Cervix-uteri-fact-sheet.pdf>
Son Erişim Tarihi 22 Şubat 2022.
32. Yıldırım N, Terek M, Akman L, Özşaran Z, Alanyalı S, Haydaroglu A, Şanlı U, Göker E, Zekioğlu O, Özdemir N, Özşaran A. Serviks uteri kanserlerinin epidemiyoloji ve sağ kalım özellikleri. *Ege Tıp Dergisi* 2019, 58(2): 39-43.
33. Chrysostomou AC, Stylianou DC, Constantinidou A, Kostrikis LG. Cervical cancer screening programs in Europe: The transition towards HPV vaccination and population-based HPV testing. *Viruses* 2018, 10(12): 729.
34. Mühr LSA, Eklund C, Dillner J. Towards quality and order in human papillomavirus research. *Virology* 2018, 519: 74-6.
35. World Health Organization. Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer) Son Erişim Tarihi 23 Şubat 2022.

36. American Cancer Society. Cervikal cancer. 2020.
<https://www.cancer.org/cancer/cervicalcancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html> Son Erişim Tarihi 23 şubat 2022.
37. Chabeda A, Yanez RJR, Lamprecht R, Meyers AE, Rybicki EP, Hitzeroth II. Therapeutic vaccines for high-risk HPV-associated diseases. *Papillomavirus Res* 2018, 5: 46–58.
38. De Villiers EM. Cross-roads in the classification of papillomaviruses. *Virology* 2013, 445: 2–10.
39. Halc G, Alemany L, Lloveras B, Schmitt M, Alejo M, Bosch FX, Tous S, Klaustermeier JE, Guimerà N, Grabe N, Lahrmann B, Gissmann L, Quint W, Bosch FX, de Sanjose S, Pawlita M. Retrospective international survey and HPV time trends study group. pathogenic role of the eight probably/possibly carcinogenic HPV types 26, 53, 66, 67, 68, 70, 73 and 82 in cervical cancer. *J Pathol* 2014, 234(4): 441-51.
40. Wakwoya EB, Gemechu KS. Prevalence of abnormal cervical lesions and associated factors among women in Harar, Eastern Ethiopia. *Cancer Manag Res* 2020, 3(12): 12429-37.
41. American Cancer Society. Signs and Symptoms of Cervical Cancer, 2020.
<https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/detection-diagnosis-staging/signs-symptoms.html> Son Erişim Tarihi 25 şubat 2022.
42. Eroğlu K, Koç G. Jinekolojik kanser kontrolü ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014, 1(2): 77-90.
43. T.C. Sağlık Bakanlığı. Kanser Atlası. 2015.
https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/yayinlar/Kitaplar/KANSER_ATLASI_2015.pdf Son Erişim Tarihi 28 şubat 2022.
44. Sankaranarayanan R, Joshi S, Muwonge R, Esmey PO, Basu P, Prabhu P, Bhatla N, Nene BM, Shaw J, Poli URR, Verma Y, Zomawia E, Pimple S, Tommasino M, Pawlita M, Gheit T, Waterboer T, Sehr P, Pillai MR, Indian HPV vaccine study group. Can a single dose of human papillomavirus (HPV) vaccine prevent cervical cancer? Early findings from an Indian study. *Vaccine* 2018, 6:(36) 4783-4791.
45. World Health Organization, WHO guidelines: WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. Geneva, Switzerland: WHO. 2013.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94830/9789241548694_eng.pdf

- Son Erişim Tarihi 3 Mart 2022.
46. Işık O, elik M, Ketten HS, Dalgacı A, Yıldırım F. Kadın doktorların Pap smear testi konusunda bilgi tutum ve davranışlarının belirlenmesi. *Çukurova Med J* 2016, 41(2): 291-8.
 47. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ulusal HPV-Smear Tarama Testi Nasıl Yapılır Bilgilendirme. <https://hpvtarama.saglik.gov.tr/duyurular/Sayfa/HpvTaramaTestiNasilYapilir>
Son Erişim Tarihi 3 Mart 2022.
 48. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 157. Cervical Cancer Screening and Prevention. *Obstet Gynecol* 2016, 127: 1-20.
 49. Yıldırım D, Gökaslan H. Serviks kanseri taramasında HPV DNA testinin yeri. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi* 2015, 1: 1-6.
 50. Özerdoğan N, Gürsoy E. Serviks kanserinde korunma ve hemşirelik. *Türkiye Klinikleri J* 2017, 3(1): 40-9.
 51. Mavi Aydoğdu SG, Özsoy Ü. Serviks kanseri ve HPV. *Androloji Bülteni* 2018, 20: 25-9.
 52. Fontham ETH, Wolf AMD, Church TR, Etzioni R, Flowers CR, Herzig A, Guerra CE, Oeffinger KC, Shih YCT, Walter LC, Kim JJ, Andrews KS, DeSantis CE, Fedewa SA, Manassaram Baptiste D, Saslow D, Wender RC, Smith RA. Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the American Cancer Society. *CA: Cancer J Clin* 2020, 70: 321-46.
 53. T.C. Sağlık Bakanlığı. Rahim Ağzı Kanseri Taramaları. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/yayinlar/sunular/ulusal_kanser_haftasi_2018/Mujdegul_Karaca-2018.pdf Son Erişim Tarihi 05 Mart 2022.
 54. Burger EA, Kim JJ. The value of improving failures within a cervical cancer screening program: An example from Norway. *Int J Cancer* 2014, 135(8): 1931-9.
 55. Ashtarian H, Mirzabeigi E, Mahmoodi E, Khezeli M. Knowledge about cervical cancer and Pap smear and the factors influencing the pap test screening among women. *Int J Community Based Nurs Midwifery* 2017, 5(2): 188-95.
 56. Sudenga SL, Rositch AF, Otieno WA, Smith JS. Brief Report: Knowledge, attitudes, practices and perceived risk of cervical cancer among Kenyan women. *Int J Gynecol Cancer* 2013, 23(5): 895-9.
 57. Daryani S, Shojaezadeh D, Batebi A, Charati JY, Naghibi A. The effect of education based on a health belief model in women's practice with regard to the Pap smear test. *J Cancer Policy* 2016, 8: 51-6.

58. Dehdari T, Hassani L, Shojaeizadeh D, Hajizadeh E, Nedjat S, Abedini M. Predictors of Iranian Women's intention to first papanicolaou test practice: An application of protection motivation theory. *Indian J Cancer* 2016, 53(1): 50-3.
59. Öztürk Y. Kadınların Pap Smear tarama testini yaptırmalarının önündeki engeller. *STED* 2020, 29(1): 61-8.
60. Aydoğdu NG, Bahar Z. Yoksul Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli kullanımının meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarındaki değişime etkisi. *DEUHYO ED* 2011, 4(1): 34-40.
61. Demirel G, Gölbaşı Z. Kadın sağlığı taramasında güncel durum. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015, 4(4): 638-59.
62. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019. <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/40564/0/saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf> Son Erişim Tarihi 10 Mart 2022.
63. Demirhindi H, Nazlıcan E, Akbaba M. Cervical cancer screening in Turkey: A community-based experience after 60 years of Pap smear usage. *APJCP* 2012, 13(12): 6497-500.
64. Gözüm S, Çapık C. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: Sağlık İnanç Modeli. *DEUHYO ED* 2014, 7(3): 230-7.
65. Karakoyunlu Şen S, Kılıç Öztürk Y. Sağlık algısı ile kanser taraması farkındalığı arasındaki ilişki. *Türk Aile Hek Derg* 2020, 24(4): 175-83.
66. Kızılırmak A, Kartal B, Calpbinici P. Investigation of the relation between doing breast self- examination (bse) of the students and perception of health. *Asian Pac J Health Sci* 2017, 4(2): 191-7.
67. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 7. Baskı. Ankara, Palme Yayıncılık, 2012.
68. Kang R. Building community capacity for health promotion: A challenge for public health nurses. *Public Health Nurs* 1995, 12(5): 312-8.
69. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2005, 9(2): 26-34.
70. Bahar Özvarış Ş. Sağlığın geliştirilmesi kavramı. İçinde: Aslan D (editör). *Halk sağlığı ile ilgili güncel sorunlar ve yaklaşımlar*, 1. Baskı. Ankara, Grafker Matbaası, 2009: 10-5.

71. Karadeniz G, Uçum EY, Dedeli Ö, Karaağaç Ö. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2008, 7(6): 497-502.
72. Pender NJ, Barkauskas VH, Hayman L, Rice VH, Anderson ET. Health promotion and disease prevention: toward excellence in nursing practice and education. *Nurs Outlook* 1992, 40(3): 106-12.
73. Esin N. Endüstriyel alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 1997.
74. Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2011, 25(3): 145-54.
75. Pınar G, Algier L, Doğan N, Kaya N. Jinekolojik kanserli bireylerde risk faktörlerinin belirlenmesi. *UHOD* 2008, 18(4): 208-16.
76. Altun Y. Kadınların kanser taramalarına katılımını etkileyen faktörler. *TJFMPC* 2020, 14(2): 210-5.
77. Aristizabal Castano I, San Martin Rodriguez L. Health habits of health professionals. *Revista de Enfermeria* 1998, 21(237): 15-8.
78. Whitehead D. Health promoting hospitals: The role and function of nursing. *J Clin Nurs* 2005, 14(1): 20-7.
79. İlhan N, Kılışsokan P. Bir aile sağlığı merkezine başvuran kadınların pap smear testi yaptıрма durumları ile serviks kanserine ve pap smear testine yönelik sağlık inançları. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 2020, 17(2): 323-7.
80. Surveillance and Epidemiology Branch Centre for Health Protection Department of Health Government of the Hong Kong Special Administrative Region. Prevention and Screening of Cervical Cancer. *Topical Health Report*, 2004; 4: 1–62.
81. Uludağ G, Gamsızkan Z, Sungur MA. kadınların serviks kanseri ve taraması ile ilgili sağlık inançlarının değerlendirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2020, 10(3): 357-62.
82. Kürtüncü M, Arslan N, Alkan I, Bahadır Ö. 10-15 yaş arası kız çocuğu olan annelerin rahim ağzı kanseri ve HPV aşısı konusunda bilgi, tutum ve davranışları. *J Hum Sci* 2018, 15(2): 1072-85.
83. Gözüyeşil E, Arıöz Düzgün A, Ünal Aslan KS. kadınların serviks kanserinden korunma ve erken tanıya yönelik tutumlarının değerlendirilmesi. *STED* 2019, 28(4): 229-38.

84. Önal B, Alp Yılmaz F. Attitudes of women toward for early diagnosis of cervical cancer: health responsibility and associated factors. *Çukurova Med J* 2020, 45: 14-21.
85. Ersin F, Kıssal A, Polat P, Düzgün Koca B, Erdoğan M. Kadın sağlık personelinin servikal kansere yönelik algıları ve bunu etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2016, 18(2-3): 31-43.
86. Can H, Kılıç Öztürk Y, Güçlü YA, Öztürk F, Demir Ş. Kadın sağlık çalışanlarının serviks kanseri farkındalığı. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi* 2010, 20(2): 77-84.
87. Tabeshian A, Firozeh F. The effect of health education on performing Pap smear test for prevention of cervix cancer in teachers of Isfahan city. *Medical Sciences* 2009, 19(1): 35-40.
88. Diamond JJ, Becker JA, Arenson CA, Chambers CV, Rosenthal MP. Development of a scale to measure adults' perceptions of health: Preliminary findings. *J Community Psychol* 2007, 35(5): 557-61.
89. Özmen D, Özsoy SA. Sağlık inanç modeli yaklaşımı ile servikal kanserin erken tanısına yönelik tutum ölçeği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009, 25(1): 51-69.
90. Assoumou SZ, Mabika BM, Mbiguino AN, Mouallif M, Khattabi A, Ennaji MM. Awareness and knowledge regarding of cervical cancer, Pap smear screening and human papillomavirus infection in Gabonese women. *BMC Women's Health* 2015, 15: 37.
91. Charakorn C, Rattanasiri S, Lertkhachonsuk A, Thanappapasr D, Chittithaworn S & Wilailak S. Knowledge of Pap smear, HPV and the HPV vaccine and the acceptability of the HPV vaccine by Thai women. *Asia Pac J Clin Oncol* 2011, 7: 160-7.
92. Kızılırmak A. Bir üniversitedeki kadınların serviks kanseri ve Pap Smear testine ilişkin sağlık inançlarını etkileyen faktörler. *STED* 2018, 27(3): 165-75.
93. Çetisli N, Topaloğlu Ören E, Işık G. Cervical cancer and Pap Smear test health beliefs and health-promoting lifestyle of women in Turkey. *Int J Caring Sci* 2016, 9: 630-9.
94. Chang CC, Tseng CJ, Liu WW, Jain S, Horng SG, Soong YK, Hsueh S, Pao CC. Clinical evaluation of a new model of self-obtained method for the assessment of genital human papilloma virus infection in an underserved population. *Chang Gung Med J* 2002, 25(10): 664-71.

95. Behbakht K, Lynch A, Teal S, Degeest K, Massad S. Social and cultural barriers to papanicolaou test screening in an urban population. *ACOG* 2004, 104(6): 1355-61.
96. Atlas B, Er Güneri S. Kadınların jinekolojik kanserlerle ilgili farkındalığı ve farkındalığı etkileyen faktörler. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2022, 7(1): 77-85.
97. Kesic V, Markovic M, Matejic B, Topic L. Awareness of cervical cancer screening among women in Serbia. *Gynecol Oncol* 2005, 99(3): 222-5.
98. Altınel B, Akın B. 40-55 yaş arası kadınların serviks kanseri risk faktörlerine göre serviks kanseri taraması yaptırma durumları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2020, 23(1): 53-9.
99. Durmaz S, Özvurmaz S, Adana F, Kurt F. Kadınlarda serviks kanserinin tanısına ilişkin tutum ve düzenli jinekolojik muayene ilişkisinin kesitsel olarak değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2021, 5(1): 26-36.
100. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health behavior and health education theory, research, and practice*, 4th ed. San Francisco, CA: Jossey Bass, 2008: 45-69.
101. Saslow D, Runowicz CD, Solomon D, Moscicki AB, Smith RA, Eyre HJ, Cohen C. American Cancer Society. American Cancer Society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer. *CA Cancer J Clin* 2002, 52(6): 342-62.
102. Juon H, Seung Lee C, Klassen AC. Predictors of regular pap smear among Korean-American women. *Prev Med* 2003, 37: 585-92.
103. Wong LP, Wong YL, Low WY, Khoo EM, Shuib R. Knowledge and awareness of cervical cancer and screening among Malaysian women who have never had a pap smear: a qualitative study. *Singapore Med J* 2009, 50(1): 49-53.
104. Menon U, Szalacha LA, Prabhughate A. Breast and cervical cancer screening among South Asian immigrants in the United States. *Cancer Nurs* 2012, 35(4): 278-87.
105. Lee EE, Fogg L, Menon U. Knowledge and beliefs related to cervical cancer and screening among Korean American women. *West J Nurs Res* 2008, 30(8): 960-74.
106. Gördes Aydoğdu N, Bahar Z. Yoksul kadınlarda Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli kullanımının meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarındaki değişime etkisi. *DEUHYO ED* 2011, 4(1): 34-40.
107. Ersin F, Bahar Z. Sağlığı Geliştirme Modelleri'nin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi: Bir literatür derlemesi. *DEUHYO ED* 2012, 5(1): 28-38.

108. Chisale Mabotja M, Levin J, Kawonga M. Beliefs and perceptions regarding cervical cancer and screening associated with Pap smear uptake in Johannesburg: A cross-sectional study. *PLoS One* 2021. 16(2): e0246574.
109. Özdelikara A, Ağaçdiken Alkan S, Mumcu N. Determination of health perception, health anxiety and effecting factors among nursing students. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2018, 14: 275-82.
110. Şahin G. Palyatif bakım hastalarına evde bakım verenlerin bakım yükünün sağlık algısına etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2021.
111. Gupta A, Kumar A, Stewart DE. Cervical cancer screening among South Asian women in Canada: The role of education and acculturation. *Health Care Women Int* 23(2): 123–134.
112. Jia Y, Li S, Yang R, Zhou H, Xiang Q, Hu T, Zhang Q, Chen Z, Ma DP, Feng L. Knowledge about cervical cancer and barriers of screening program among women in Wufeng County, a high-incidence region of cervical cancer in China. *PLoS One* 2013, 8: 1-7.
113. Nguyen TT, Mcphee SJ, Nguyen T, Lam T, Mock J. Predictors of cervicalpap smear screening awareness, intention, and receipt among Vietnamese-American women. *Am J Prev Med* 2002, 23(3): 207-14.
114. Açiksöz S, Uzun Ş, Arslan F. Relationship between perceptions of health status and health promotion behaviors in nursing students. *Gülhane Med J* 2013, 55: 181-7.
115. Chorley AJ, Marlow LA, Forster AS, Haddrell JB, Waller J. Experiences of cervical screening and barriers to participation in the context of an organised programme: a systematic review and thematic synthesis. *Psychooncology* 2017, 26(2): 161-72.
116. Şenol DK, Polat F, Doğan M. Jinekolojik kanser farkındalığı: Üreme çağı ve postmenopozal dönem kadınlar. *TJFMPC* 2021, 15(1): 56-62.
117. Kaya C, Üstü Y, Özyörük E, Aydemir Ö, Şimşek Ç, Demirci Şahin A. Sağlık çalışanlarının kanser taramaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Ankara Med J* 2017, (1): 73-83.
118. Burton-Jeangros C, Cullati S, Manor O, Courvoisier DS, Bouchardy C, Guessous I. Cervical cancer screening in Switzerland: cross-sectional trends (1992-2012) in social inequalities. *Eur J Public Health* 2017, 27(1): 167-73.
119. Ricardo-Rodrigues I, Jimenez-Garcia R, Hernandez-Barrera V, Carrasco-Garrido P, Jimenez-Trujillo I, Lopez de Andres A. Social disparities in access to breast and

- cervical cancer screening by women living in Spain. *Public Health* 2015, 129(7): 881-8.
120. Seidel D, Becker N, Rohrmann S, Nimptsch K, Linseisen J. Socio-demographic characteristics of participation in the opportunistic German cervical cancer screening programme: results from the EPIC-Heidelberg cohort. *J Cancer Res Clin Oncol* 2009, 135(4): 533-41.
121. Tacken MA, Braspenning JC, Hermens RP, Spreeuwenberg PM, van den Hoogen HJ, de Bakker DH, Groenewegen PP, Grol RP. Uptake of cervical cancer screening in The Netherlands is mainly influenced by women's beliefs about the screening and by the inviting organization. *Eur J Public Health* 2007, 17(2): 178-85.
122. Simou E, Foundoulakis E, Kourlaba G, Maniadakis N. Factors associated with the use of preventive services by women in Greece. *Eur J Public Health* 2011, 21(4): 512-9.
123. Karadağ Çaman O, Bilir N. Health promotion in cancer early diagnosis, screening and education centers: mixed methods research among women in Ankara. *Turk J Public Health* 2013, 11: 174-85.
124. Esencan Yılmaz T. Jinekolojik erken tanı yöntemlerinin kullanımında kadınların tutum ve davranışlarının belirlenmesi. *Zeynep Kamil Bülteni* 2009, 40(2): 63-6.
125. Gümüş AB, Çam O. Serviks kanseri için erken tanı tutumları ile benlik saygısı, beden algısı ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiler. *Nobel Medicus* 2011, 7(3): 46-52.
126. Patel H, Sherman SM, Tincello D, Moss EL. Awareness of and attitudes towards cervical cancer prevention among migrant Eastern European women in England. *J Med Screen* 2020, 27(1): 40-7.
127. Tung WC, Nguyen DH, Tran DN. Applying the transtheoretical model to cervical cancer screening in Vietnamese-American women. *Int Nurs Rev* 2008, 55(1): 73-80.
128. Winkler J, Bingham A, Coffey P, Handwerker WP. Women's participation in a cervical cancer screening program in Northern Peru. *Health Educ Res* 2008, 23(1): 10-24.
129. Ibekwe CM, Hoque ME, Ntuli-Ngcobo B. Perceived benefits of cervical cancer screening among women attending Mahalapye District Hospital, Botswana. *Asian Pac J Cancer Prev* 2010, 11(4): 1021-7.

130. Huang J, Choi P, Pang TWY, Chen X, Wang J, Ding H, Jin Y, Zheng ZJ, Wong MCS. Factors associated with participation in colorectal cancer screening: a population-based study of 7200 individuals. *Eur J Cancer Care* 2021, 30(2): e13369.
131. Jirojwong S, Maclennan R, Manderson L. Health beliefs and pap smears among Thai Women in Brisbane, Australia. *Asia Pac J Public Health* 2001, 13(1): 19-23.



EKLER

EK-1. Özgeçmiş



EK-2. Katılımcı Onam Formu

Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Bu araştırmanın amacı; kadınların sağlık algısı ile serviks kanserini erken tanılamaya yönelik tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesidir. Araştırma, Bingöl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan izinlidir. Araştırma soruları, 30-65 yaş arasındaki kadınlara yüz yüze görüşme tekniğiyle anket çalışması şeklinde uygulanacaktır. Bu araştırmada herhangi bir tıbbi girişim ve ilaç kullanımı olmayacağından karşılaşacağınız herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda sizinle ilgili veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır. Katılımınız ile elde edilen veriler tamamen araştırma amaçlı olarak kullanılacaktır. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak araştırmacının izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir, ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır.

Araştırma kapsamında yapılacak anket işlemi için size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa herhangi bir masraf çıkartılmayacaktır ve araştırmada yer almanız nedeniyle size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Ankette yer alan soruların eksiksiz cevaplanması çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorunla karşılaşırsanız aşağıda bulunan araştırmacının numarasını arayabilirsiniz.

Araştırmaya katınızdan dolayı teşekkür ederim.

Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama, aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

☐

Kabul ediyorum.

EK-3. Tanıtıcı Özellikler Formu

Anket No:.....

Tarih: .../.../2021

Sosyo-Demografik Özellikler

1. Kaç yaşındasınız?
2. Medeni durumunuz nedir?
 1. Evli 2. Bekar
- 3.Eğitim durumunuz nedir?
 1. Okur yazar değil
 2. Okur yazar
 3. İlkokul mezunu
 4. Ortaokul mezunu
 5. Lise mezunu
 6. Üniversite ve üzeri
4. Nerede yaşıyorsunuz?
 1. İl 2. İlçe 3. Köy
5. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?
 1. Evet 2. Hayır
6. Gelir düzeyinizi nasıl algılıyorsunuz?
 1. Kötü 2.Orta 3. İyi
7. Sağlık güvenceniz var mı?
 1. Evet 2. Hayır

Menstruasyon ve Doğurganlık Özellikleri

8. İlk adeti kaç yaşında oldunuz?.....
9. İlk evlenme yaşınız?.....
10. İlk gebelik yaşınız?..... ☐ Hiç gebe kalmadım.
11. Toplam kaç doğum yaptınız?.....
12. Şu anda hala adet görüyor musunuz?
 - 1.Evet 2.Hayır
13. Kaç yaşında menopoza girdiniz? (Önceki soruya cevabınız ‘hayır’ ise lütfen bu soruyu yanıtlayınız.)

Sağlık Özellikleri

14. Ailede (özellikle anne ve kız kardeşle) rahim ağzı kanseri öyküsü olan var mı?

1. Evet (Kimde?.....) 2. Hayır

15. Daha önce herhangi bir kanser tanısı aldınız mı?

1. Evet..... 2. Hayır

16. Jinekolojik muayeneye ne sıklıkla gidersiniz?

1. Hiç gitmedim.
2. Şikayetim olursa giderim.
3. Kontrol amaçlı her yıl giderim.
4. Diğer

17. Daha önce rahim ağzı kanserini duydunuz mu?

1. Evet 2. Hayır

18. Duyduysanız ilk olarak nereden duydunuz?

1. Aile Sağlığı Merkezinde
2. Hastanede
3. Aileden veya arkadaştan
4. Televizyon veya internetten
5. Diğer

19. Rahim ağzı kanserinde kadınlara tarama için yapılan rahim ağzı sürüntüsü incelemesini (PAP smear) duydunuz mu?

- 1.Evet 2.Hayır

20. Hiç Pap smear testi yaptırdınız mı?

1. Evet (Kaç kez?) 2. Hayır

21. En son ne zaman Pap Smear testi yaptırdınız? (20. Soruya cevabınız ‘hayır’ ise bu soruyu yanıtlamayınız.)

.....gün önce,ay önce, ya dayıl önce

EK-4. Sağlık Algısı Ölçeği

Aşağıda sağlıklı olma hakkında söylenen ifadeler bulunmaktadır. Her bir ifadeye katılma ve katılmama ile ilgili düşüncenizi 1 ile 5 arasındaki seçeneklerden birini seçerek belirtiniz. 1=Kesinlikle katılıyorum 2= Katılıyorum 3= Kararsızım 4= Katılmıyorum 5= Hiç Katılmıyorum

		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
1.	Sağlığımı çok düşünürüm	1	2	3	4	5
2.	Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.	1	2	3	4	5
3.	Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur.	1	2	3	4	5
4.	Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur.	1	2	3	4	5
5.	Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.	1	2	3	4	5
6.	Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.	1	2	3	4	5
7.	Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.	1	2	3	4	5
8.	Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.	1	2	3	4	5
9.	Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.	1	2	3	4	5
10.	Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.	1	2	3	4	5
11.	Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.	1	2	3	4	5
12.	Sağlıklı olmak şans işidir.	1	2	3	4	5
13.	Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem	1	2	3	4	5
14.	İstediğim kadar sağlıklı olabilirim	1	2	3	4	5
15.	Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.	1	2	3	4	5

EK-5. Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği

Açıklama: Aşağıda kadınların rahim ağzı (servikal) kanser konusundaki tutumlarını içeren ifadeler bulunmaktadır. Aşağıda size bu konu ile ilgili bazı sorular sorulacaktır. Sorularda yanlış ya da doğru denecek cevap yoktur. En iyi cevap sizin kendi fikrinizdir. Bu nedenle her ifadeyi okuyup, üzerinde çok uzun süre düşünmeden size uygun gelen cevabı işaretleyiniz. Hiçbir soruyu mümkün olduğunca boş bırakmamaya özen gösteriniz.

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Rahim ağzı kanseri olmaktan korkuyorum.					
2. Rahim ağzı kanseri hakkında bilgi edinmeye değer.					
3. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli muayene yaptırmak gerektiğine inanmıyorum.					
4. Eşim izin verse de vermese de, rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye giderim.					
5. Rahim ağzı kanseri olursam fazla yaşayamam.					
6. Rahim ağzı kanserinin erken tanısı için muayeneye gitmek gereksiz bir zahmettir.					
7. Ailemden biri rahim ağzı kanserine yakalanırsa kendim için de endişelenirim.					
8. Rahim ağzı kanseri hakkında pek fazla düşünmüyorum.					
9. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmeye zaman yaratırım.					
10. Rahim ağzı kanseri olursam cinsel hayatım olumsuz etkilenir.					
11. Sağlık güvencesi olması rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli muayeneye gitmeyi kolaylaştırır.					
12. Hatırlatılırsa, şikayetim olmasa da, rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli olarak muayene olurum.					
13. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için tek başıma muayeneye gitmekten kaçınırım.					

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
14. Rahim ağzı kanseri olma düşüncesi aklıma sık sık geliyor.					
15. Kaderimde varsa ne yaparsam yapayım rahim ağzı kanseri olurum.					
16. Sağlık kuruluşları, rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye davet ederlerse giderim.					
17. Doktora tetkike gitsen, muhakkak bir hastalık bulurlar, o nedenle rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmem.					
18. Çevremdeki insanların rahim ağzı kanserine yakalandıklarını duymak beni korkutuyor.					
19. Bazen rahim ağzı kanseri olma düşüncesiyle huzursuz oluyorum.					
20. Yapılacak tetkiklerin canımı acıtacağını düşünerek rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmem.					
21. Hayatımın bir döneminde benim de rahim ağzı kanserine yakalanma riskim/olasılığım olduğunu düşünüyorum.					
22. Radyo, televizyon ve gazetelerde rahim ağzı kanseri için uyarılar olması beni erken tanı muayenesine gitmeye teşvik eder.					
23. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayene ücretsiz olsa hiç düşünmem yaptırırm.					
24. Rahim ağzı kanseri hakkında bir şeyler öğrenmek zaman kaybıdır.					
25. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayene olacağım doktorun kadın olmasını tercih ederim.					
26. Bir kadının rahim ağzı kanseri olması eşiyle ilişkilerini bozar.					
27. Rahim ağzı kanserinden korunmaya çalışmanın bir faydası yoktur.					
28. Evli kadınların rahim ağzı kanseri olma riskinin/ihtimalinin yüksek olduğunu düşünüyorum.					
29. Rahim ağzı kanseri olursam hayata küserim.					
30. Mahrem yerimi göstereceğimden utandığım için rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmekten kaçınıyorum.					

EK-6. Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni



EK-7. Sağlık Algısı Ölçeği Kullanım İzni



EK-8. Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Kullanım İzni



EK-9. İl Sağlık Müdürlüğü Çalışma İzni

